

de substanțe. Dintre trăsăturile și abilitățile specifice unui psiholog din acest domeniu, sunt de menționat stabilitatea emoțională, creativitatea, rezistența la frustrări și stres, toleranța la incertitudine, abilitățile artistice, atenția distributivă, spontaneitatea și alte abilități necesare într-un proces de consiliere.

Bibliografie:

1. Autoritatea Națională pentru Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Copii și Adopții (ANDPDCA), Buletin Statistic ANDPDCA adulți TRIM II 2020, Citat la [09.10.2020] Disponibil la [http://anpd.gov.ro/web/wp-content/uploads/2020/10/BULETIN-STATISTIC-ANDPDCA_adulti-TRIM-II-2020-27-10-20.pdf]
2. CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, et al. Substance use disorder treatment for people with physical and cognitive disabilities. 1998, p.40
3. GILSON, Stephen French; CHILCOAT, Howard D.; STAPLETON, June M. Illicit drug use by persons with disabilities: insights from the National Household Survey on Drug Abuse. *American Journal of Public Health*, 1996, 86.11: pp. 1613-1615
4. HUBBARD, John R.; MARTIN, Peter R. *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. CRC Press, 2001, p. 6
5. NG, R.S.H.; DARKO, D.A.; HILLSON, R.M. Street drug use among young patients with Type 1 diabetes in the UK. *Diabetic medicine*, 2004, 21.3: pp. 295-296
6. Ordin nr. 5574 din 7 octombrie 2011 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea serviciilor de sprijin educațional pentru copiii, elevii și tinerii cu cerințe educaționale speciale integrați în învățământul de masă, articolul 3, litera p
7. Regulament din 28 iulie 2005 de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare, articolul 1, litera y. În *Monitorul Oficial nr. nr. 749 din 17 august 2005* [citat 20.11.2020]. Disponibil: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/96700>
8. SALES, Amos. *Substance Abuse and Disability*. 2000
9. SLAYTER, Elspeth M.; JENSEN, Jordan. Parents with intellectual disabilities in the child protection system. *Children and Youth Services Review*, 2019, 98: pp. 297-304
10. TAGGART, Laurence, et al. An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2006, 50.8: pp.588-597
11. TURNER, R. Jay; LLOYD, Donald A.; TAYLOR, John. Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 2006, 51.3: pp. 214-223
12. YU, Jennifer, et al. Substance use among young adults with disabilities. 2008

MODELE DE ABORDARE A DIZABILITĂȚII

Georgescu Maria,

Drd., UPS „Ion Creangă” Chișinău, Republica Moldova

Profesor, Grad didactic I,

Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Vâlcea, România

Rezumat

Diagnosticul dizabilității presupune o serie de schimbări majore: ajustări emoționale, stres generat de lipsa de informații privind etiologia și consecințele bolii, precum și de incertitudinea privind disponibilitatea și eficacitatea tratamentului. Aceste circumstanțe fac cu atât mai necesar apelul la ajutorul de specialitate. Răspunsurile specialiștilor și atitudinile acestora constituie un factor semnificativ de negociere a perspectivei asupra dizabilității, a strategiilor de căutare de suport și a soluțiilor, care pot agrava sau îmbunătăți situația individului.

Cuvinte cheie: *afectare, dizabilitate, model medical, model social.*

Summary

The diagnosis of disability involves a number of major changes: emotional adjustments, stress generated by the lack of information on the etiology and consequences of the disease, as well as by the uncertainty regarding the availability and effectiveness of treatment. These circumstances make it all the more necessary to call on specialist help. The responses of specialists and their attitudes are a significant factor in negotiating the perspective on disability, support search strategies and solutions that can exacerbate or improve the individual's situation.

Keywords: *impairment, disability, medical model, social model.*

În Preambulul Convenției privind drepturile persoanelor cu dizabilități (2006) se recunoaște că dizabilitatea este un concept în evoluție și că aceasta „rezultă din interacțiunea persoanelor care au anumite afectări/ deficiențe cu barierele de mediu și cu cele atitudinale care le împiedică participarea deplină și efectivă în societate, pe baze egale cu celelalte persoane”. Tot în cadrul Convenției, în art. (1) care definește scopul respectivului document, se precizează că persoanele cu dizabilități sunt acele persoane „care au deficiențe fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale de durată, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere, pot îngreuna participarea deplină și efectivă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți” [1].

Excluziunea copiilor și tinerilor cu dizabilități din sistemul de educație, din viața economică și socială constituie un subiect de preocupare, o problemă importantă pentru factorii de decizie, în încercarea de a combate discriminarea asociată deficienței/ afectării și dizabilității. În diferite contexte sociale și culturale, pot fi întâlnite diferite stereotipuri și prejudecăți care vizează persoanele confruntate cu astfel de probleme. Dizabilitatea devine o modalitate de categorizare a oamenilor, în general, inclusiv a copiilor care trebuie să beneficieze de educație, și, din acest motiv, este importantă examinarea semnificațiilor acestui termen, precum și a modelelor explicative: individual și social. În acest mod, pot fi înțelese mai bine reacțiile sociale față de dizabilitate.

În orice comunitate umană există persoane cu diferite condiții de sănătate, cu diferite deficiențe, însă reacțiile sociale față de acele afectări și față de persoanele respective variază enorm în timp și spațiu. În literatura de specialitate sunt evidențiate două modele principale de abordare a dizabilității:

- modelul medical (individual) – corelat cu certificarea, caritatea, protecția, beneficiile;
- modelul social – focalizat pe impactul societății, pe barierele pe care aceasta le impune persoanelor cu anumite probleme de sănătate. Din acest model a derivat cel al drepturilor omului, în care atenția este concentrată asupra accesului la diferitele categorii de drepturi fundamentale, printre care și dreptul la educație [2].

Modelul individual s-a conturat la începutul secolului al XX-lea. Nota distinctivă a acestuia ține de faptul că este focalizat pe „anormalitate”, pe afectare, tulburare sau deficiență, care sunt considerate cauze ale limitărilor funcționale sau ale dizabilității. O dată ce aceste persoane sunt astfel categorizate, dizabilitatea sau incapacitatea devine caracteristica lor definitorie. Drept urmare,

se conturează bazele unei „tragedii personale”, unde individul este considerat o victimă (a bolii), care are nevoie de atenție și îngrijire, adică devine dependent de alții. Surprinzător, chiar și politicile de suport bazate pe o astfel de abordare au ajuns să fie concepute și promovate pentru a ajuta beneficiarii să facă față dizabilității, să se adapteze acesteia. Soluția propusă de acest model constă în intervenția medicală curativă (specifică medicinei) sau reabilitarea, asigurată prin colaborarea medicinei cu alți specialiști (psihologi, asistenți sociali, pedagogi, kinetoterapeuți ș.a.). Prin urmare, conform acestui model, a avea o dizabilitate înseamnă a deveni obiectul atenției diferiților specialiști, considerați experți, care definesc nevoile și decid ceea ce trebuie întreprins pentru satisfacerea lor. Scopul declarat al specialiștilor vizează reducerea pe cât posibil a consecințelor negative ale dizabilității individuale. Într-o formulare extrem de succintă, modelul individual abordează dizabilitatea ca pe o „tragedie personală”, fapt care impune individului dependența de diferitele forme de suport primite din partea celorlalți. În termeni medicali, dizabilitatea echivalează cu patologicul, în cei educaționali – cu anormalitatea, iar în termenii protecției sociale echivalează cu o problemă socială [2].

În mod tradițional, dizabilitățile au fost abordate din punct de vedere medical; copilul cu dizabilitate era considerat „bolnav”, „cu probleme medicale”, motiv pentru care necesita, în primul rând, tratament. Pe lângă această abordare, dizabilitatea mai apărea ca obiect, țintă a carității sau categorie care necesita diferite forme de asistență. Aceste tipuri de abordări aveau ca efecte negarea drepturilor persoanelor cu dizabilități, consolidarea unor stereotipuri, manifestarea stigmatizării, discriminării, excluziunii și segregării. În mod frecvent, modelul individual ajungea să fie adoptat uneori chiar și de către persoanele cu dizabilități, având loc o internalizare a acestuia, ajungând să explice propriile situații prin inadecvare personală. Un număr redus aduceau în discuție necesitatea adaptării educației, a locurilor de muncă, de accesibilizare, de schimbări la nivelul societății etc. [2].

Modelul social, promovat începând cu anii 1970-1980, inițial în Marea Britanie, a impus o nouă perspectivă, o inversare a abordării în comparație cu cel individual și a identificat o altă cauzalitate. Conform susținătorilor acestui model, deficiența/ afectarea este privită ca un atribut individual, însă nu și dizabilitatea, care capătă accepțiunea unui dezavantaj sau a unei restricții de activitate din cauza organizării sociale contemporane, care nu ține cont deloc (sau, dacă o face, ia în considerare doar într-o mică măsură) de persoanele cu deficiențe, excluzându-le astfel din activitățile sociale obișnuite. Societatea este cea care impune dizabilitatea persoanelor cu deficiențe, iar soluția trebuie căutată mai degrabă la nivelul societății decât la cel al ajustării individuale și al reabilitării. Spre exemplu, dacă un elev este nevoit să utilizeze fotoliul rulant, acesta se va confrunta cu o serie de bariere, de dificultăți în deplasare din cauza absenței accesibilizării clădirilor, a mijloacelor de transport în comun etc. În mod asemănător, un copil cu tulburări din spectrul autist, confruntat cu atitudinile negative ale cadrelor didactice pe motiv că nu poate învăța sau că nu este

inteligent, ajunge în situația de a întâlni o barieră în accesul la educație; de data aceasta, dizabilitatea reprezintă interacțiunea dintre funcționarea cognitivă a copilului și atitudinile negative ale cadrelor didactice.

Multă vreme nu s-au luat în considerare nevoile persoanelor cu dificultăți de mobilitate în diferitele tipuri de transformări ale mediului fizic și social. Ignorarea acestor nevoi este cea care generează problemele. Din momentul definirii individului ca persoană cu dizabilități, acesta ajunge să fie stigmatizat și așteptările sociale referitoare la modul în care ar trebui să se comporte sau la ceea ce ar mai fi capabil să facă exercită o influență care se manifestă independent de deficiență. Măsurarea dizabilității din perspectiva modelului social ar trebui focalizată pe barierele și pe atitudinile cu care se confruntă persoana respectivă [2].

Cele două modele de abordare oferă răspunsuri total diferite la întrebările legate de dizabilitate. Spre exemplu, cum poate fi privită dificultatea sau chiar imposibilitatea unui copil sau tânăr cu o anumită dizabilitate de a beneficia de educație în unitățile de învățământ de masă?

□ din perspectiva modelului „individual”, ca o inadecvare personală, individuală, din cauza deficienței, a incapacității de a face față solicitărilor. În ceea ce privește educația, se consideră că problema este a individului care nu poate face față cerințelor și nu se poate alinia grupului de învățare în unitățile educaționale de masă, motiv al orientării spre educația specială, cu precădere în forma segregată;

□ din perspectiva modelului „social”, ca efect al unei discriminări structurale în ceea ce privește dreptul de acces la educație, dar și cu asocieri ale altor tipuri de bariere. În măsura în care accesul la educație al copiilor cu dizabilități este mai redus, iar rata abandonului lor școlar mult mai ridicată comparativ cu cea a celorlalți copii fără dizabilități, poate fi luată în considerare existența unui dezavantaj colectiv social, mai degrabă decât unul individual. Modelul social recunoaște necesitatea înlăturării barierelor de mediu care împiedică persoanele cu dizabilități să beneficieze de drepturile lor. Această perspectivă a fundamentat un nou tip de abordare, cea a drepturilor omului, care consideră că anumite bariere îngădesc participarea în societate a unor persoane care au anumite condiții de sănătate [2].

Abordarea din perspectiva drepturilor omului este complementară perspectivei sociale prin crearea unui cadru legal/ moral imperativ de înlăturare a barierelor, asigurând ca toate ființele umane să se bucure de drepturile și libertățile fundamentale. Sunt identificate standardele legale minime necesare pentru ca persoanele cu dizabilități să poată participa liber în societate.

O dată cu adoptarea Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății la nivelul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 2004), abordarea dizabilității se face din perspectiva modelului biopsihosocial (care reprezintă o combinație între modelele anterioare,

medical și social). Astfel, dizabilitatea este considerată ca dificultate sau ca dificultăți care se manifestă la unul sau la mai multe dintre următoarele trei niveluri:

- ca probleme, ca „afectări/ deficiențe” la nivelul unor funcții sau structuri ale organismului;
- ca probleme în executarea unor activități, denumite „limitări de activitate”;
- ca probleme legate de implicarea în anumite arii ale vieții, denumite „restricții de participare”.

Astfel, dizabilitatea apare din interacțiunea dinamică a condițiilor de sănătate cu două categorii de factori contextuali – cei de mediu și cei personali. Condiția de sănătate în sine nu se asociază în mod automat, mecanic cu un anumit parcurs educațional al copilului. Din cercetările efectuate reiese faptul că persoane cu situații relativ similare din punctul de vedere al deficienței (de exemplu, nevăzătorii) au înregistrat rute școlare total diferite la nivel preuniversitar, unii în învățământul special, alții în învățământul de masă, alții cu perioade petrecute în cele două forme (învățământ de masă, învățământ special) ajungând să se întâlnească la nivelul studiilor superioare [2].

Există o serie de factori adversi/ bariere care afectează în mod negativ persoanele cu dizabilități, cum ar fi lipsa accesului la tratament eficient, lipsa ajutoarelor tehnice și a adaptărilor, condițiile necorespunzătoare de locuit, suportul limitat din partea serviciilor sociale sau din partea rețelilor informale. Obstacolele de acest tip sunt negociate, consumă resurse de timp, de energie și resurse financiare, ceea ce uneori determină persoana în cauză să ia decizia unei retrageri forțate, pe considerentul că nu poate face față situației. Dificultăți considerabile apar când persoana este nevoită să se bazeze, în mare măsură, pe sprijinul din partea celor apropiați. Pe lângă toate acestea, apariția dizabilității are un impact major asupra familiei, unde se impune un proces de redistribuire a rolurilor.

Concluzii: Dizabilitatea poate fi conceptualizată pe un continuum, de la dificultățile minore de funcționare, la formele majore de impact asupra vieții unei persoane. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități reflectă abordarea dizabilității din perspectiva drepturilor omului. O astfel de abordare recunoaște persoanele cu dizabilități ca purtătoare de drepturi, în opoziție cu celelalte abordări (ale carității, asistenței și intervenției medicale).

Evaluarea dizabilității este importantă pentru persoanele, familiile din care fac parte și pentru societate. Pe baza evaluării se definește apartenența la categorie, ceea ce conferă eligibilitate, acces la prestații și servicii care să răspundă nevoilor actuale și viitoare [2].

Bibliografie:

1. Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități. online. <http://anpd.gov.ro/web/conventia/>, accesat la data: 29.11.2020.
2. MANEA, L., Accesul la educație a tinerilor cu dizabilități în România, cu focalizare pe învățământul secundar superior, vocațional și universitar. București: Editor: Asociația RENINCO România. 2016. 216 p., pp. 12-15. online. <https://www.reninc.ro/images/studii/complementare/Accesul%20la%20educatie%20a%20tinerilor%20cu%20dizabilitati%20in%20Romania,%202016.compressed.pdf>, accesat la data: 29.11.2020.

MODELE DE ORGANIZARE A ÎNVĂȚĂMÂNTULUI INTEGRAT

Ursu Miluța,
Profesor învățământ preșcolar
Grădinița cu program prelungit nr.1,
Valu lui Traian/România

Rezumat

În literatura de specialitate au fost descrise o serie de modele de organizare a învățământului integrat pentru copiii cu dizabilitate, care presupun diferite grade de integrare, de la cea parțială la cea totală:

1. *modelul cooperării școlii speciale cu cea obișnuită; școala obișnuită preia conducerea în dezvoltarea integrării, iar școala specială va stabili legături cu cea mai importantă școală obișnuită din vecinătate.*
2. *modelul bazat pe organizarea unei clase speciale pentru copiii cu dizabilități în școala obișnuită;*
3. *modelul bazat pe folosirea unei camere de instruire și resurse separate, în cadrul școlii obișnuite;*
4. *modelul bazat pe profesor itinerant specializat în activitatea cu elevii ce prezintă dizabilitate, care deservește școala obișnuită; și modelul comun, bazat pe profesor itinerant specialist în activitatea cu elevii cu dizabilitate, care deservește toți copiii cu dizabilitate dintr-o anumită zonă geografică. - Aceste două modele au :*

- **avantaje:** *se pot delimita mai multe avantaje ale utilizării lor: copiii pot locui acasă, în mijlocul familiei și comunității lor, beneficiind în același timp de dezvoltare într-un mediu al tipicilor; în aceste sisteme se acordă ajutor imediat, individual și specializat copiilor cu dizabilitate, în măsura cerințelor și asigură o gamă largă de materiale și aparatură, în vederea sprijinirii copiilor în zonele de predare specializată; copiii au șansa învățării în situații sociale naturale; profesorii din școala obișnuită dobândesc un grad de specializare și de înțelegere, preîntâmpinând nevoile copiilor cu dizabilități; sistemul nu este costisitor, întrucât clasa specială sau camera de instruire și resurse utilizează spațiul existent în școala obișnuită.*
- **dezavantaje:** *în cazul în care profesorul specialist lipsește există riscul incapacității copiilor de a participa la ore; clasa specială poate ajunge să fie privită ca un element separat de școala obișnuită, iar copiii din această clasă pot fi izolați de copiii și profesorii din școala obișnuită; în realitate, copiii nu pot să urmeze școala din vecinătatea locală, iar ei trebuie duși acolo unde profesorul specialist lucrează, ceea ce obosește copilul prin deplasările lungi pe care trebuie să le realizeze.*

Fiecare elev este înțeles ca un participant activ la învățare și predare pentru că fiecare aduce cu sine în procesul complex al învățării și dezvoltării o experiență, un stil de învățare, un model social, o interacțiune specifică, un ritm personal, un mod de abordare, un context cultural căruia îi aparține. Având în vedere aceste premise, ideea integrării copiilor cu dizabilități în școala publică a apărut ca o reacție necesară și firească a societății la obligația acesteia de a asigura normalizarea și reformarea condițiilor de educație pentru persoanele cu cerințe educative speciale. Conform principiilor promovate în materie de educație de către organismele internaționale, precum și prevederile incluse în Declarația drepturilor persoanelor cu dizabilități se menționează ca elevii cu diferite tipuri de deficiențe au aceleași drepturi fundamentale ca și ceilalți elevi de aceeași vârstă.

Summary

In the literature, a number of models of organizing integrated education for children with disabilities have been described, involving different degrees of integration, from partial to total: