

Modele psihopedagogice de pregătire către școală a copiilor cu deficiențe vizuale

Olesea Frunze, lector universitar

Summary

Visually impaired children have unique educational and development needs that are direct results of their inability, or limited ability, to observe the environment and respond accordingly. This article defines the problems of visual loss that result in unique educational needs and details how knowledge of the impact of the loss of vision is essential for the provision of meaningful services to blind and visually impaired children.

Integrarea educației preșcolare în structura învățământului din Republica Moldova are menirea de a crea pentru toți copiii, inclusiv și pentru cei cu deficiență de vedere severe, șanse de adaptare la cerințele școlare.

În acest sens, este de importanță majoră revigorarea acțiunilor de actualizare, valorificare și dezvoltare plenară a disponibilităților potențiale ale copiilor cu cecitate, fapt care trebuie să contribuie la nivelarea diferențelor existente inițial începerii școlarizării și la o eficiență pregătire pentru școală. Florinda Golu (2009) analizează nivelul de pregătire a copilului pentru școală, drept unul din principalii criterii ale școlarizării inițiale și ale formării școlare de bază. În cadrul stabilirii criteriilor de clasificare a fenomenelor educaționale preșcolare, acesta reprezintă condiția esențială a unei adaptări optimale și, în același timp, premisa învățării în ciclul primar [1].

Pregătirea copiilor cu cecitate pentru școală trebuie concepută în strânsă legătură cu principiul psihogenetic al dezvoltării marcat de către deficiența senzorială, fără a minimaliza pe cel biologic și pe cel social, prin a căror acțiune convergentă devine posibilă dezvoltarea multilaterală și armonioasă a copilului. Atunci când este vorba despre **pregătirea preșcolărilor cu cecitate către școală**, problema apare sub o nouă „formă”, care este generată de deficiența propriu-zisă.

Conform tradiției formate în țările ex-sovietice, educarea copilului cu cecitate se analizează, în majoritatea cazurilor, în exclusivitate, prin prisma problemelor proprii a copilului. Se considera suficient să ne limităm la recomandările metodice pentru părinți vizând problemele instruirii și unele sfaturi ce se referă la educația copilului. Credem că rezolvarea problemelor ce țin de pregătirea către școală a copiilor cu cecitate trebuie găsită în sfera realizării acțiunilor de „corecție”, nu numai asupra copilului, dar și asupra părinților săi. Dat fiind faptul, ca în țara noastră nu există instituții preșcolare pentru copii orbi, părinților le revine în marea parte sarcina de a-i forma către școală.

Nașterea copilului cu cecitate modifică perspectivele de viață a familiilor și are o influență traumatizantă și distructivă asupra membrilor (în cea mai mare parte asupra mamei) și a relațiilor din, așa-numitul, sistem al familiei. Odată cu modificarea performanțelor a unui membru apare riscul iminent de afectare a celorlalți membri. Profunzimea stresului resimțit de către părinți ține de diferși factori, dintre care, cel mai semnificativ fiind trăsăturile individuale de personalitate ale părinților. Studiarea trăsăturilor emoționale ale părinților care au copii cu anomalii în dezvoltare a fost fundamentată în Europa. Așa savanți, ca B.Caldwell, S.Guze, 1960; C.Davis, 1960; B.Goldberg, 1962; O.J.J.Leeson, 1961; H.Molony, 1971; K.Stevenson, 1968 descriu spectrul larg de abateri neuro- psihice prezente la părinții copiilor cu diverse deficiențe. Printre problemele cercetate prezintă interes gradul de exprimare și durata stresului emoțional, tendința de izolare socială, problema stabilizării acestor familii și a statutului social modificat al părinților. În Rusia, cu nevoile familiei ce au copii cu deficiențe, s-au ocupat T.G.Bogdanova, N.V.Mazurova (1998), V.A.Vișnevschii (1984, 1985, 1987), B.A.Voscrisenscovo (1975, 1976, 1979, 1985, 1986),

T.A.Dobrovolschii (1989, 1991), A.I.Zaharova (1974, 1982, 1988), I.I.Levcenco (1984, 1986, 1989, 1991).

Dar cercetările lor se reduceau doar la constatarea necesității elaborării unor măsuri specializate, direcționate spre reabilitarea categoriilor date de persoane, iar, în limitele corecției, se propunea consilierea a diverși specialiști. Mediul social contribuie foarte mult la dezvoltarea personalității copilului și la compensarea defectului, în cazurile, cind parintii aplica modelele educationale specifice deficientei.

V.F.Matveef, în studiile sale a evidențiat trei tipuri de condiții nefavorabile pentru creșterea, dezvoltarea și educarea copilului cu cecitate:

- **Hiperprotecția** - în rezultatul căreia copilul crește într-o atmosferă de supraprotecție. La el nu se dezvoltă propriul control, spiritul de inițiativă și respectul de sine. Părinții decid *ce e bine* și *ce e rău* pentru copil, lipsind-ul total de inițiativa și individualitate.

- **Idolul familiei** - de regulă, în așa cazuri, toată atenția membrilor familiei este concentrată pe copil, de la copil se ascunde sutația reală (ca și în cazul hiperprotecției), îl izolează de la semenii lui, îi sugerează încredere falsă în sine.

- **Hipoprotecția** - apare atunci când părinții nu țin seama de posibilitățile lui reale. Ei cer rezultate asemănătoare celor ale fraților, deoarece îl consideră că este în stare să le facă, în caz de eșec, părinții reacționează prin reproșuri, pedepse, care, în consecință, pot contribui la apariția sentimentului de neputință și inutilitate. Deseori au atitudine condiționată de lipsă de afecțiune, respingere[3].

Apariția acestor condiții nefaste pentru dezvoltarea și socializarea copilului ține, în mare măsură, de atitudinea familiei și, în special, a mamei față de copilul aflat în dificultate. A.Spivakovskaia remarcă că, în familie unde se nasc copii cu deficiențe, activitatea părinților este îndreptată spre soluționarea problemelor actuale, pe când în familiile cu copii sănătoși, toată activitatea este orientată spre viitorul copilului.

Gama problemelor cu care se adresează părinții este diversă, pe ei, de regulă, îi preocupă dezvoltarea copilului, procesul de educare și tratamentul, normalizarea relațiilor între părinți și copii, între copil cu deficiențe și semenii săi, menținerea climatului favorabil în familie și, nu în ultimul rând, pregătirea către școală a copilului.

În diversitatea problemelor de soluționat se evidențiază necesitatea sprijinirii psiho-sociale a mamelor a căror trăsături de personalitate devin mai accentuate și la care se formează un model aparte de conduită și de echilibru privind relațiile mama-copil. În lucru de consiliere cu mamele acestor copii, ne-am ciocnit cu diverse comportamente. Dar se poate menționa prevalarea, la mamele copiilor cu cecitate, a trei tipuri de comportament – **comportament nevrotic, comportament autoritar și comportament psihosomatic.**

În continuare, prezentăm caracteristicile esențiale a fiecărui comportament în parte.

Comportamentul nevrotic Se caracterizează printr-o poziție pasivă, justificarea indiferenței proprii și a pasivității în relația de formare și de dezvoltare a personalității propriului copil. Mamele cu acest tip de comportament nu recunosc și nu înțeleg faptul că unele deficiențe secundare și terțiale nu sunt deja rezultatul defectului biologic, dar apar, din cauza incompetenței materne. Ele au tendința de a-și izola copilul de la toate problemele, inclusiv și de la acelea pe care copilul poate să le rezolve singur. Copilul este dirijat de părinți, nu este lăsat să-și asume responsabilități. Deseori manifestă stări de inerție în rezolvarea sarcinilor educative, se confruntă mereu cu stări de neliniște și anxietate, ce, în consecință, este resimțit de copil și poate duce la formarea trăsăturilor nevrotice la el. Ele refuză să țină cont de dificultățile sociale determinate de deficiență și îi împiedică pe copii să înțeleagă și să accepte toate aspectele ce sunt legate de propria deficiență.

Comportamentul autoritar. La acest tip de comportament sunt prezente trăsăturile opuse ale comportamentului expus anterior. Mamele cu acest tip de comportament se caracterizează printr-o poziție de viață activă, tendința de a se lăsa conduse de propriile impulsuri contrar ideilor și părerilor rudelor și specialiștilor, ele își controlează copii într-o manieră dictatorială, stabilind reguli ce trebuie executate fără eschivări. La mamele autoritare persistă dorința de a găsi o soluție proprie privind situația dată, cum pentru copil, așa și pentru sine. De regulă, sunt incapabile să-și stăpânească agresiunea și iritabilitatea, frecvent participă în scandaluri și certuri, utilizează pedepse drastice (strigăte, pedepse corporale). Un astfel de comportament are efecte negative, deoarece copilul cu cecitate pierde capacitatea de decizie și acțiune.

Comportament psihosomatic La categoria mamelor cu caracter psihosomatic sunt prezente trăsături atât din prima categorie, cât și din a doua. Le este specific schimbarea bruscă de dispoziție, ele mereu oscilează dintr-o extremă la alta, între indiferență și hipertutelare. Cel mai adesea este vorba de părinți instabili, nesiguri și incapabili pentru a opta ferm pentru o anumită atitudine. Copiii, aflându-se într-un mediu inconstant, lipsiți de metode stabile, devin nesiguri și ușor influențați [4].

Caracteristicile comportamentale individuale ale mamelor care fac parte din grupurile evidențiate servesc drept bază pentru alcătuirea modelelor psihopedagogice necesare copiilor, dar și selectarea tehnicilor de intervenție psiho-socială individualizată, cu fiecare categorie de mame în parte.

Bibliografie

1. Albu, A., Albu, C., Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic, Editura Polirom, Iași, 2000.
2. Miftode, V., Dimensiuni ale asistenței sociale: forme și strategii de protecție a grupurilor defavorizate, Editura Eidos, Botoșani, 1995.
3. Popescu, G., Pleșca, O., Handicap, readaptare, integrare, Editura Pro Humanitate București, 1998.
4. Литвак, А., Психология слепых и слабовидящих, Каро, Санкт-Петербург, 2006.