

Integrarea copiilor cu CES in invatamantul de masa

Copilul cu deficiente motrice si psihomotrice

Profesor consilier scolar, Georgiana Elena Paun

„Scolile trebuie sa primeasca toti copiii indiferent de starea lor fizica, intelectuala, sociala, emotionala, lingvistica sau oricare alta. Aici trebuie cuprinsi si copiii cu dizabilitati, si copiii talentati, si copii din zonele rurale izolate si cei din populatiile nomade, si copiii minoritatilor lingvistice, etnice sau culturale, precum si copiii din alte grupuri sau zone marginale” (Cadrul de actiune privind cerintele educative speciale, UNESCO/ Conferinta de la Salamanca, 1994)



Conceptul de CES corespunde unei abordari care:

- § postuleaza ideea că *fiecare copil este unic*;
- § admite / demonstrează faptul că *orice copil poate învăța*;
- § valorizeaza *unicitatea tipului de învățare determinata de particularitatile individuale*;
- § cultiva *diversitatea copiilor ca un mijloc de învățare care sprijina si întărește învățarea daca este folosita adecvat*;
- § considera *curriculum-ul scolar ca un instrument necesar de a fi flexibil, adaptabil la nevoile / cerintele elevilor*;

Numai plecand de la acest tip de abordare putem vorbi despre egalitatea de sanse/ de acces; participarea si integrarea scolara si sociala.

Forme de integrare a copiilor cu CES:

- a. *integrare totala* - elevii cu CES petrec tot timpul in scoala obisnuita, cu exceptia programelor terapeutice care se pot desfasura in spatii speciale, destinate acestui scop;
- b. *integrare partiala* - elevii cu CES petrec doar o parte din timp in scoala obisnuita, sau la anumi e discipline scolare unde pot face fata;
- c. *integrare ocazionala* – participare ocazionala in comun la diferite excursii, serbari, intreceri sportive, spectacole etc.

Fiecare cadru didactic pus in ipostaza de a avea in colectivitatea sa un copil cu CES, va initia actiuni care presupun: colaborarea cu parintii si consilierea acestora; implicarea directa (participant activ) in lucrul efectiv cu copiii, si nu in calitate de observator.

Relatia dintre parinti, cadre didactice si copiii cu CES trebuie privita pozitiv, iar pentru acest lucru este nevoie de respectarea urmatoarelor reguli:

-parintii si copiii sa fie realisti in asteptari; copilul trebuie implicat in luarea deciziilor si trebuie alese situatiile la care poate sa participe; trebuie oferite copilului o alegere de doua optiuni, pe care cei mai mari le accepta; problemele trebuie discutate pana cand se ajunge la o concluzie acceptabila, chiar dacă nu se ia o decizie;

- sa existe un parteneriat cat mai strans intre parintii copiilor cu CES si cadrele didactice bine pregatite si informate in legatura cu modul in care pot interveni pentru consilierea acestora; trebuie redusa izolarea parintilor, punandu-i in legatura cu alti parinti aflati in situatii similare, promovand o abordare pozitiva a cresterii si disciplinarii copiilor;

-trebuie sustinut faptul ca nu exista un model unic de parinte, si numai prin unirea fortelor parintilor, a cadrelor didactice si a scolii se poate ajunge la o mai buna integrare a copiilor cu CES.

Tipuri de dizabilitati / deficiente:

- retard mental / intarziere in dezvoltare,
- deficiente senzoriale (deficiente de vaz, de auz, motrice si psihomotrice),
- tulburari de limbaj,
- tulburari de invatare,
- autism,
- ADHD.

Deficiențele motrice sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma și funcțiile fizice ale organismului, care tulbură creșterea normală și dezvoltarea armonioasă a corpului, modifică aspectul exterior, reduce aptitudinile și puterea de adaptare la efortul fizic și diminuează capacitatea de muncă productivă a individului. Deficiențele motrice se caracterizează prin

modificări morfologice mai mult sau mai puțin accentuate, produse în forma și structura corpului și manifestate printr-o încetinire în creștere sau printr-o creștere excesivă, printr-o tulburare a dezvoltării sau o dezvoltare disproporționată, prin deviații, deformații sau alte defecte de structură, urmate sau precedate de tulburări funcționale. Deficiențele fizice se constituie, deci, ca invalidități corporale, care slăbesc puterea și mobilitatea organismului, prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă de handicap cuprinde atât infirmii motorii sau locomotori (de motricitate), cât și pe cei care suferă de unele boli permanente – cronice (boli respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică a individului. În această categorie pot fi încadrate și persoanele cu afecțiuni senzoriale (surzii și orbii).

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.” (E. Verza, Psihopedagogia specială, 1994)

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 numită psihomotricitate. Psihomotricitatea poate fi exprimată (evaluată) schematic prin:

- Ø schema corporală (poziția corpului, lateralitatea, controlul segmentelor, dominantă manuală, oculară, a membrului inferior);
- Ø conduitele motrice de bază (coordonare generală și segmentară - deprinderi motrice de bază – controlul posturii, care determină echilibrul static și dinamic, simțul ritmului și respirația; calitate motrice);
- Ø conduitele perceptiv-motrice (orientarea, organizarea și structurarea spațială, ce includ noțiunile de mărime, distanță, organizare și orientare spațială și temporală);
- Ø motricitatea fină și psihomotricitatea diferențiată;
- Ø relaxarea și controlul inhibiției;
- Ø reglarea și autoreglarea mișcărilor prin limbaj (mișcare după comandă vocală, mișcare “în oglindă”, între parteneri etc.).

În cadrul acestui spectru al dizabilităților motrice și psihomotrice intra următoarele tipuri de afecțiuni: deficiențe neuromotorii, insuficiența motorică cerebrală (IMC), paralizie cerebrală infantilă (PCI), deficiențe ortopedice.

Caracteristicile deficienței motrice și psihomotrice:

- tulburare neurologică neprogresivă și neereditară, care afectează capacitatea copilului de a se mișca, de a-și menține echilibrul.
- leziune cerebrală care determină apariția infirmității. Nu se vindecă, deoarece afectează singurele celule nervoase din creier și măduva spinării, care nu regenerează.
- dizabilitatea fizică poate afecta o singură parte a corpului (picioarele sau mâinile) sau întreg corpul.
- prezintă dificultăți legate de mișcarea și fixarea poziției corpului (probleme la spălare, la îmbrăcare și la satisfacerea necesităților fiziologice)

Cauzele deficienței motrice și psihomotrice:

1. Predispozante: ereditatea și influențele nocive pe care le suportă organismul fătului în viața intrauterină.

2. Favorizante:

- factorii care influențează negativ starea de sănătate și funcționarea normală a organelor (mai ales în perioadele de creștere și de dezvoltare activă a copilului).
- condițiile inadecvate de igienă și de viață.
- organizarea incorectă a activităților și a repausului.
- regimul alimentar necorespunzător.
- nivelul scăzut de aer și lumină.
- bolile, tulburările cronice.
- intervențiile chirurgicale dificile.

3. Determinante (declanșatoare):

- malformațiile și deformațiile congenitale (sub acțiunea infecțiilor cronice, tuberculoză, sifilis, paludism, etc.);
- intoxicațiile lente, alcoolismul, medicamentele, sărurile radioactive, tulburările endocrine și neuropsihice, carențele alimentare sau vitaminoase, boli ale sângelui, etc.);
- acțiunea mediului extern nefavorabil (care se răsfrânge asupra fătului prin intermediul organismului matern: temperatura prea joasă sau prea ridicată, umiditatea excesivă, acțiunea rezelor x, traumarea abdomenului gravidei, carențele alimentare, avitaminozele, condițiile de viață și de muncă, vârsta înaintată a părinților).

Alte cauze:

- infecțiile materne din perioada sarcinii (traul sărăcăcios din timpul sarcinii).
- dificultățile din timpul nașterii.

- imaturitatea, nașterea preamatură.
- accidentele obstetricale.
- infecțiile din copilărie (meningitele, rubeola, icterul excesiv, leziunile creierului)

Particularitățile copilului deficient motric și psihomotric

- Probleme motorii fine, grosiere.
- Mișcarea dificilă a unor părți ale corpului.
- Distrofie musculară.
- Menținerea cu dificultate în poziție verticală.
- Dezechilibru.
- Oboseală rapidă.
- Manifestarea unor reflexe anormale.
- Tonus muscular anormal (redus) pe stânga sau pe dreapta (doar în picioare).
- Salivare excesivă.
- Frecvența frisoanelor, tremurăturilor.
- Dificultăți la înghițire.
- Vorbire neclară.
- Scris dificil, nelizibil.
- Control slab al capului.
- Tonus muscular scăzut-moale, înalt-tare (rigid).
- Accese de apoplexie (pierderea bruscă a cunoștinței și a sensibilității).
- Fracturarea ușoară a oaselor, probleme cu șezutul

Consilierea persoanelor cu dizabilități are caracteristici specifice. Consilierea copiilor cu CES are loc în colaborare cu medici, psihologi, asistenți sociali, familia. Consilierul obține de la specialist informații despre conduita elevului și le pune la dispoziția acestuia, cu evidențierea aspectelor pozitive și oportunităților de integrare (școlară, profesională, socială). Perspectiva din care lucrează consilierul școlar este de întărire a părților pozitive, de maximizare a potențialului copilului pentru asumarea de roluri sociale posibile și realiste, care oferă perspectiva unor performanțe bune.

Consilierea copiilor cu deficiente motrice si psihomotrice are in vedere urmatoarele aspecte:

- ◇ fixarea materialelor instructive.
- ◇ utilizarea metodelor alternative de comunicare (pictograme).
- ◇ folosirea scaunelor, meselor și a pernuțelor speciale pentru asigurarea poziției corecte a corpului și a capului (modalități de facilitare a șezutului).
- ◇ acordarea atenției la primele semne de oboseală.
- ◇ încurajarea participării ambelor mâini la realizarea diferitelor activități.
- ◇ preîntâmpinarea copilului înainte de a-l ridica sau de a-l așeza.
- ◇ oferirea duratei de timp necesare pentru exprimare.
- ◇ încurajarea colegilor care interacționează cu copilul deficient.
- ◇ oferirea timpului suplimentar pentru finalizarea activităților scrise.
- ◇ utilizarea versiunilor computerizate.
- ◇ folosirea benzilor velcro, a lipiciului, a fâșiilor magnetice.
- ◇ folosirea panourilor mobile.
- ◇ asigurarea că copilul poate ajunge toate materialele necesare.
- ◇ reducerea sarcinilor și operațiilor.



Bibliografie:

- Burke Walsh, K., (1999). *Predarea orientată după necesitățile copilului*, Chișinău,
- Verza, E., & Paun, E. (1998). *Educația integrată a copiilor cu handicap*. Unicef.