

CALITATEA INTERACȚIUNILOR SOCIALE ÎN FAMILIA COPILULUI CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII

GAVRILIȚĂ Lucia,
Doctorand IȘE,
Director Centrul Speranța,

REZUMAT

Statutul de părinte al unui copil cu deficiențe se construiește în jurul unei dinamici specifice. Copiii sunt în același timp o sursă de bucurii, dar și o sursă de nefericire. Istoria și evoluția copilului cu deficiențe 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. Anunțul existenței unei deficiențe a nou-născutului, prima etapă a unui lung și dificil proces evolutiv atât pentru copil, cât și pentru familie, are un ecou și o rezonanță. În astfel de situații, fiecare familie are propriul parcurs, propriul mod de a reacționa, în funcție de structura/compoziția sa, de personalitatea membrilor ei, de situația profesională și economică, de zona geografică în care trăiesc, de susținerea din partea entourageului sau a familiei largite, de posibilitățile de acces la viața comunității etc. Cu toate acestea, dificultățile cărora familia trebuie să le facă față sunt asemănătoare.

Cuvinte-cheie: părinte, atașamentul mamă-copil, copii cu afecțiuni neuromotorii, stres parental, stres familial

QUALITY OF SOCIAL INTERACTIONS IN THE FAMILY OF THE CHILD WITH NEUROMOTOR DISEASES

GAVRILIȚĂ Lucia,
PhD student Institute of Educational Sciences,
Director of the Hope Center,

SUMMARY

The parent status of a child with disabilities is built around a specific dynamic. Children are at the same time a source of joy, but also a source of unhappiness. The history and evolution of the child with disabilities begins at the moment of doubt and uncertainty at first sight of the mother on the child. At first, she examines the bodily, physical integrity of the newborn, then focuses on gender. This first look at the newborn, in the case of a child with disabilities, is loaded with doubt, which gradually becomes a certainty. The announcement of the existence of a newborn deficiency, the first stage of a long and difficult evolutionary process for both the child and the family, has an echo and a resonance. In such situations, each family has its own path, its own way of reacting, depending on its structure / composition, the personality of its members, the professional and economic situation, the geographical area in which they live, the support from the part of the entourage or the extended family, the possibilities of access to the life of the community, etc. However, the difficulties that the family has to face are similar.

Key words: parent, mother-child attachment, children with neuromotor disorders, parental stress, family stress

Actualitatea temei. Constituind unitatea grupală fundamentală a societății, familia și problemele sale au reprezentat un obiectiv central de reflecție și analiză a spiritualității umane încă din timpuri străvechi. Cunoașterea științifică a familiei, având în mentalitatea cotidiană o sursă esențială de informație și inspirându-se masiv în ceea ce privește ipotezele și teoriile sociale, urmărește depășirea nivelului simțului comun prin asumarea câtorva deziderate principale: *problemele legate de alegerea partenerului, statuturile și rolurile din familie, socializarea și educația copiilor, afectivitatea și cooperarea, tensiunile și strategiile lor de rezolvare, realitatea de ansamblu, dinamica și funcțiile grupului familial, etc.* [8, p.16].

Întemeierea familiei, intensificată și confirmată prin apariția primului copil, reclamă definirea de roluri

conjugale la cei doi parteneri. Fără îndoială că perioada de socializare dă o imagine despre cerințele de rol matrimonial, dar ele trebuie precizate când situația din familie devine foarte acută și stresată. În contrast cu societatea tradițională, unde rolurile erau bine marcate, astăzi, *identitatea de rol familial* se negociază din ce în ce mai pronunțat între cei doi parteneri [19, p.86].

Astfel, în respectivul proces, impactul copilului cu dizabilități este foarte pregnant. Cele mai multe familii au însă *mai mulți copii* și survin astfel probleme suplimentare legate de relațiile între frați și (sau) surori, de competiția pentru a obține cât mai mult de la părinți, de afecțiunea discriminativă (reală sau doar percepută) a acestora. Apariția în familie a copilului cu dizabilități produce *o nouă situație* în cuplu și afectează profund relația partenerilor conjugali. Mama va trebui să

întrerupă o perioadă slujba, ceea ce înseamnă, în cazul din urmă, reducerea veniturilor familiei. Viața ei se concentrează în jurul copilului. Rolul de mamă implică și o serie de sarcini, la care soția face față cu mai mult sau mai puțin succes, în funcție și de socializarea din familia de proveniență. Rolul de tată nu este nici el simplu. De aceea, putem înțelege transformările radicale care survin de foarte multe ori în relațiile dintre cei doi [8, p.153].

Nici un stereotip nu este atât de viabil, decât acel conform căruia se consideră că mamei îi este sortit în mod natural să-și crească și să-și educe copiii, pe când tatălui i se asumă un rol de autoritate distantă. Atât studiile științifice, cât și cele empirice au cultivat și au susținut reprezentarea universală despre rolurile parentale, unde bărbatul/tatăl exercită o activitate extrafamilială, profesională, aflându-se mai mult înafara familiei, iar femeia/mamă exercită o activitate intrafamilială de creștere și educație a copiilor (chiar dacă este implicată și într-un serviciu). Analizând problema actorilor educației familiale, cercetătoarea din România E. Stănculescu, menționează că încă în 1968 L. Benson constată că numărul studiilor consacrate relației mamă-copil în SUA depășesc de 15 ori studiile consacrate relației tată-copil [6, p.273].

La noi în Republica Moldova, rezultatele obținute de către cercetătoarea T. Vasian, în cadrul studierii atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități, relevă un șir de fapte și relații importante pentru dezvoltarea relațiilor familiale, dar și pentru dezvoltarea copilului. S-a constatat că în familia în care s-a născut un copil cu dizabilități au loc anumite schimbări la nivel de atitudine a părintelui față de acest copil, înregistrându-se diferențe semnificative între parametrii atitudinali studiați. Acceptarea/respingerea copilului cu dizabilități, ca componentă de bază a atitudinii parentale adoptate de către părinte față de copil, determină atitudinea generală a lui față de copilul său. Această atitudine de acceptare/ neacceptare a copilului influențează toți ceilalți parametri atitudinali, sporind tendința de cooperare cu copilul în cazul acceptării lui, distanța emoțională dintre părinte-copil, manifestată prin tendințe simbiotice ale părintelui, dar și cea de infantilizare a copilului, care este o caracteristică a atitudinilor părinților care au copii cu dizabilități. Dacă părintele acceptă copilul, dragostea pentru el îl face să se adapteze la specificul lui, dar și să-l ajute pe acesta să se adapteze la cerințele mediului înconjurător [4].

Deducem, astfel, *actualitatea și importanța cercetării* 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 afecțiuni neuromotorii are un impact asupra familiei ce se poate repercuta în mai multe planuri: efectele financiare fiind printre cele mai semnificative, indiferent că este vorba despre costuri *directe* (un anumit regim alimentar, transport, îngrijitor personal, medicație, echipament special, ajutor tehnic etc.) sau *indirecte* (stresul mamei, epuizarea părinților, divorțuri sau separări temporare,

rupturi familiale, absentism 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 *afecțiuni neuromotorii*, identifică modificări legate de exercitarea rolurilor parentale. Astfel, părinții abordează o varietate de roluri, se angajează într-un mare număr de obligațiuni, care să permită satisfacerea tuturor nevoilor copilului cu afecțiuni neuromotorii;

(d) utilizarea serviciilor specializate destinate susținerii familiilor și multiplicării rolurilor exercitate de acestea poate fi uneori o sursă de insatisfacții: *lipsă de disponibilitate, personal insuficient, programe de intervenție cu susținere financiară limitată, servicii educaționale fragmentate și necorelate cu necesitățile concrete ale copilului, dificultăți de integrare școlară și/sau socială etc.* [2, p.173].

Rezultate și discuții. În ultimii ani, tot mai mulți specialiști în materie de interacțiune umană se concentrează pe cercetări asupra „prezenței reale sau fictive a altor persoane”, „interacțiunii dintre indivizi”, „societății sau culturii în toată complexitatea lor”, „grupurilor umane” și asupra „problemelor care afectează un mare număr de actori sociali”, „naturii umane” și „construcției sociale a realității” [13, p.132].

Ne mișcăm cu toții spre un viitor a cărui „scenă” socială va fi dominată de jocul alternativelor, cugetul liber, diversitatea interpretărilor. Concluziile finale au fost formulate, ținându-se cont de spusele lui F. Fukuzama, R. Dahrendorf și A. Toffler cu privire la tendințele care se atestă, de-a lungul ultimilor decenii, în modul de viață al speciei umane: libertatea de gândire și de credință, spiritul critic și marea diversitate relațională, posibilitatea de a vedea viața în culori și profunzimi dintre cele mai diferite, diminuarea expansionismului politic, încurajarea semnificativă a interesului privat și, totodată, susținerea pe scară largă a celor mai importante sectoare din cadrul vieții publice (economiei, religiei, moralei și educației, aparținându-le, în context, o poziție prioritară). Or, tot mai multe fenomene și întâmplări conturează perspectiva instaurării unei societăți care va pune preț atât pe diferențele, cât și pe legăturile adânci existente la nivelul identității culturale, al unei societăți în care individualismul va coexista armonios cu spiritul colectiv [14, p.144].

E. Vărășmaș, unul din promotorii de vază ai educației incluzive din România, în lucrarea „*Intervenția socio-educatională ca sprijin pentru părinți*” (2008) descrie modelul socio-educational centrat pe nevoile familiei. Autoarea identifică 2 tipuri de intervenție asupra părinților: *prevenirea și rezolvarea situațiilor de criză, problemelor, conflictelor*. Intervențiile preventive implică *prevenția în plan intelectual-cognitiv* (informarea, orientarea), *sprijinul social* (reprofesionalizare, asistență în soluționarea diverselor probleme de ordin social), *intervenția psihologică* (rezolvarea problemelor comportamentale, emoționale). Asigurarea serviciilor de sprijin adecvate familiei determină *împuternicirea prin excelență a părintelui*,

întărirea și încurajarea părintelui de a-și realiza responsabilitățile față de copil [20, p.210].

Familia trebuie să fie acel mediu care formează habitusul primar și consolidează comportamentul adecvat al acestuia. Părinții, pe parcursul vieții lor vor fi modele de comportare sănătoasă și demnă din punct de vedere moral, estetic, și desigur că psihologic [7, p.234]. 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. 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, confuzați, descurajați, aceste stări fiind secondate de o reacție de negare, condiționată de incapacitatea de a accepta pentru moment existența afecțiunii [17, p.65]. 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 stimei și ajută părinții și copilul cu această afecțiune să se adapteze în societate [15, p.72].

Numeroase cercetări menționează faptul că un comportament parental, în interacțiunea socială și educațională cu copilul, este determinat de trăsăturile de personalitate ale mamei și tatălui. Termenii prin care se determină aceste formațiuni psihologice și conținutul, structura și dinamica lor depind de paradigmele științifice, de orientările teoretice ale autorilor lor. În studiile din Occident se utilizează frecvent conceptul de **atașament matern față de copil** (J. Bowlby, M. Cranley, 1981; R. Mercer, 1986; M. Leifer, 1977).

Relația de atașament se formează în primele luni de viață ale copilului și contribuie esențial la menținerea cuplului mamă-copil și la dezvoltarea competențelor sociale viitoare ale copilului. Dezvoltată de către John Bowlby, în anii '60-'70, această teorie subliniază că supraviețuirea și dezvoltarea copilului depind exclusiv de calitatea interacțiunilor și a îngrijirilor de care acesta beneficiază din partea mamei ca figură de atașament. Comportamentul de atașament al copilului, adică de căutare a protecției și ajutorului la cel puternic și iubitor față de copil, intră în funcție atunci când copilul apreciază stimulii din jur sau din propriul corp ca fiind amenințători, generatori de nesiguranță. Scopul comportamentului de atașament este reinstalarea calmului, a securității, a liniștii, adică reglarea trăirilor emoționale astfel încât să devină suportabile și plăcute [10, p.44].

În situația existenței unui copil cu dizabilități, familia trebuie să-și readapteze mecanismele existențiale. Uneori, cei doi părinți își împart sarcinile,

dar, cu timpul, unul dintre părinți - în general **mama** - preia în întregime grija copilului. Anumite sarcini sunt împărțite între cei doi părinți, în funcție de timpul disponibil [21, pp. 65-77]. Există situații în care părinții apreciază că o astfel de situație le afectează cariera, activitatea profesională, dar și capacitatea de a mobiliza resursele de energie necesare pendulării între sarcinile de serviciu și vizitele la medic sau la cabinetele de specialitate, în astfel de condiții, nu de puține ori, unul dintre părinți renunță la serviciu pentru a se putea dedica exclusiv îngrijirii copilului [2, p.174].

Imediat după naștere, părintele se simte brusc atașat de copil. Părintele simte că acest copil va fi al lui pentru totdeauna. Pentru copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, situația este mai dificilă. Părintele trebuie întâi să se adapteze la situația reală în care copilul visat nu a apărut. Adaptarea este foarte dificilă, în situația în care aspectul corporal al copilului este modificat. Uneori apar reacții de respingere, dar, pe măsura trecerii timpului, intervine necesitatea protecției acestui copil. Părinții se simt învestiți cu o misiune, iar atașamentul se dezvoltă treptat. Mama este părintele de bază, iar relația mamă-copil este dominantă. Totuși este important și tatăl, deoarece el nu poate iubi cu adevărat un copil dacă nu s-a implicat și în creșterea lui. Calitatea atașamentului copilului se corelează cu calitatea reacției părinților. Aceștia își exprimă dragostea pentru copil în feluri diferite, iar, ca o reacție de răspuns la dragostea părinților, și copilul își va dezvolta dragostea lui față de părinți [1, p.250-251].

Atașamentul mamă-copil se referă la crearea unei legături speciale care este inițial una fizică, cea care ține mama în apropierea bebelușului, iar atunci când bebelușul învață să se deplaseze, ține bebelușul în preajma mamei, sau cel puțin întreține dorința să se întoarcă lângă mamă, la finalul incursiunilor sale prin lume. Acest atașament este cel care ține bebelușul în siguranță, la adăpost de pericolele externe ale lumii. Cu toate acestea, legătura bazată pe atașament are, de asemenea, și o componentă psihologică, conferind sentimentul de siguranță atunci când bebelușul și mama se află unul lângă celălalt [12, p.211].

Relația de atașament dintre mamă și copil este inițiată pe baza răspunsului la nevoile copilului de îngrijire, protecție și securitate, nevoi care sunt mai mult sau mai puțin satisfăcute de adulții din jurul său. Astfel, copilăria este o perioadă de vulnerabilitate emoțională și fizică, în care copilul depinde de părinte sau de adultul care-l îngrijește și care va deveni principala sa figură de atașament sau persoană de referință [11, p.61].

John Bowlby (1988) afirmă că o interacțiune sănătoasă a copilului este asigurată atunci când între mamă și copil există o relație bazată pe: *schimb de zămbete, o ajustare fizică atunci când copilul e în brațele mamei, o căldură a interacțiunii celor doi, o blândețe și o gingășie în atingeri și o bună interacțiune, bazată pe semnalele senzoriale și motoare, în momentul alăptatului*. Atașamentul este în cazul copilului cu dizabilități la fel de necesar ca și pentru copilul tipic. Deoarece semnalele pe care le emit copiii cu dizabilități în interacțiunea cu cei care îi îngrijesc sunt, de regulă,

mai slabe, mamele necesită o pregătire specială în vederea unei mai mari toleranțe și pentru a ști să încurajeze manifestările și semnele copilului. Mamele au nevoie să știe că de calitatea relaționării cu ceilalți depinde, în mare măsură, personalitatea copilului. Dar și curiozitatea copilului, necesară dezvoltării cognitive, poate fi inhibată ori stimulată de figura lui de atașament. „Copilul cu dizabilități are nevoie de tot ceea ce copilul tipic cere” [9, p.198].

Unul dintre cele mai traumatizante momente este cel al anunțului existenței „unei probleme”. Dificilul moment al informării familiei cu privire la problemele de sănătate ale copilului revine în primul rând medicului. El este primul specialist care vine în contact cu mama, cu familia [2, p.177].

Relația mamă-copil a fost transformată de către cercetători într-o cheie a înțelegerii procesului de umanizare și socializare a copilului. Multe din studiile în cauză își construiesc argumentele pe postulatul conform căruia sentimentul matern are, spre deosebire de cel patern, un fundament ereditar, natural-biologic. Unele din cercetările recente susțin teza unei construcții sociale a maternității. Atașamentul mamă - copil poate avea premise biologice, încă nedescoperite și neelucidate, dar are, cu certitudine, o istorie care s-a dezvoltat progresiv și diferențiat în funcție de condițiile apariției și evoluției sarcinii/atașament pre-natal), al nașterii/atașament neo-natal, al adaptării și îngrijirii/atașament post-natal față de copil. În funcție de condițiile social-istorice și de pozițiile teoretice și ideologice, autorii gândesc și reflectă maternitatea ca maternitate-feminitate, respectiv ca expresie a capacității naturale și general-feminine de a iubi, de a manifesta disponibilitate, sollicitudine, generozitate și dăruire de sine, ori ca maternitate-creație, expresie a unor însușiri naturale deosebite sau/și a unei relații privilegiate cu divinitatea [6, p.274].

Nașterea copilului cu dizabilități, îngrijirea, comunicarea și educarea lui condiționează apariția schimbărilor profunde în relațiile dintre parteneri. În familia în care s-a născut un copil cu dizabilități au loc schimbări la nivel de atitudine a părintelui față de acest copil, înregistrându-se diferențe semnificative între parametrii atitudinali studiați, conform cercetării experimentale *Atitudini parentale față de copilul cu dizabilități*, realizată de N. Bucun și T. Vasian.

În baza rezultatelor studiului experimental, familia care educă copii cu dizabilități mai frecvent sunt diagnosticate următoarele tipuri de atitudini parentale inadecvate: *respingerea emoțională a copilului cu dizabilități, infantilizarea lui (copilul nu este perceput ca fiind valoros de către părinte), hipersocializarea autoritară cu cerințe exagerate și inadecvate față de dezvoltarea copilului*.

În cadrul analizei evoluției relațiilor din familiile copiilor cu dizabilități urmărim o creștere continuă a numărului relațiilor deficitare dintre parteneri. De asemenea, este înaltă rata plecării din familie a unuia dintre părinți, în urma neacceptării situației și imposibilității de a face față stresului psihopatogen de durată, condiționat de prezența copilului cu dizabilități

în familie. Atitudinea părintelui față de copilul cu dizabilități determină modelul educațional și de relaționare la care va recurge părintele în continuare. Atunci când părintele acceptă dizabilitatea copilului, el manifestă tendințe de a-l susține, de a-i acorda ajutor, de a depăși împreună problemele cu care se confruntă copilul. Atunci când dezvoltarea sa nu este percepută de către părinte ca fiind lipsită de vreo perspectivă, gândurile legate de viitorul copilului motivează părintele să caute acele mijloace care i-ar permite să înfrunte dificultățile, să adapteze mediul existent la posibilitățile copilului [3, p.1-13].

Toate familiile posedă capacitatea de a se dezvolta, de a învăța și de a se schimba. Cunoștințele și abilitățile părinților descoperite prin intermediul modelului bazat pe resursele familiei în terapia de familie le pot deveni utile. Modelul bazat pe resursele familiei nu ignoră patologia și disfuncția provocată de dizabilitatea copilului, ci pune în evidență punctele forte ale familiei.

Un element conceptual important în cadrul terapiei îl constituie faptul că asistența începe din momentul acceptării competenței parentale ca și condiție primordială pentru sprijinirea familiei în soluționarea problemelor cu care se confruntă. Aceasta-i permite familiei să-și mobilizeze forțele și competențele de care dispune în a se ajuta, plecând treptat de la fixarea pe dizabilitate [18, p.173].

Autorii ruși folosesc mai mult termenii de **atitudine parentală, poziție parentală** (A. Spivakovskaia, 1981), **poziție maternă (interioară)** (E. Zaharova, 2002; E. Aivazian, 2005; I. Razenkova, S. Inevatkina, G. Odinokova, 2008) și **gradul de pregătire psihologică pentru maternitate** (S. Meșcereakova, 1995; N. Avdeeva, N. Ganoșenko, 1996).

Analizând principalele abordări privind specificul relației mamă-copil și a atitudinii materne, observăm amprenta psihanalizei clasice - teorie freudiană - care a evidențiat legătura strânsă între atitudinile parentale și dezvoltarea copilului [25, p.4]. Acest curent în psihologie a generat noi abordări a problematicii în cauză, mai cunoscute fiind teoriile lui E. Erickson, E. Fromm, C. Rogers, J. Bowlby. În teoria lui E. Erickson accentul se deplasează de pe atașamentul instinctiv al copilului spre interacțiunea lui cu adulții din cercul de relaționare apropiat. Pentru copil mama reprezintă primul și cel mai important obiect al atracției, dar, în același timp, este și cea care impune anumite interdicții. E. Fromm face o distincție calitativă între atitudinea paternă și cea maternă după criteriul condiționării și al controlului. Astfel, **dragostea maternă** este una necondiționată și nesupusă controlului din partea copilului, pe când cea paternă este condiționată de anumite realizări ale copilului, de gradul de corespundere cu așteptările tatălui. C. Rogers considera că anume dragostea necondiționată îi asigură copilului o dezvoltare armonioasă.

În cazul mamelor, cercetătorii ruși utilizează frecvent termenul de *poziție maternă (interioară)* - având la bază abordarea cultural-istorică a dezvoltării psihicului uman. Această poziție reprezintă o formă de acceptare și asimilare de către mamă a rolului său

social, care îndeplinește funcțiile de proiectare și reglare a propriei activități și a procesului de comunicare. Atitudinea parentală a mamei este constituită din imaginea de sine și imaginea copilului, care, împreună, fundamentează și determină percepția, emoțiile vizavi de copil și comportamentul propriu-zis din cadrul acestei interacțiuni [24, p.45].

Cercetătorii canadieni B. Terrisse și F. Larose evidențiază componenta educativă în relația cu copilul, delimitând conceptul de *atitudine educativă parentală*. În viziunea acestor autori, atitudinea față de copil face parte din competențele educative parentale și reprezintă trăsături stabile de personalitate, care reflectă dispoziția de a reacționa într-o anumită situație. Ele pot fi divizate în două categorii: cele legate de aspectul afectiv al relației părinte-copil și cele ce vizează aspectul comportamental al aceleiași relații [22, p.1].

Părinții copiilor cu dizabilități se află într-o situație psihotraumatizantă de durată, care le influențează toate valorile semnificative. Conflictul intern naște stări emoționale negative, generând subaprecierea, o imagine de sine inadecvată. Acest conflict va determina și specificul relației mamă-copil. Pentru a minimaliza efectele nedorite ale acestor influențe, la constituirea serviciului de asistență psihosocială a familiei care educă copiii cu dizabilități, este nevoie de o abordare complexă a atitudinilor parentale, cu luarea în calcul a tuturor factorilor ce tranzitează formarea lor [16, p.12].

Când intră în funcție comportamentul de atașament al copilului (căutarea proximității mamei, plânsul, zâmbetul, agățatul de mamă, fuga spre ea și ridicarea mâinilor spre a fi luat în brațe), **mama** răspunde oferind copilului îngrijiri și protecție, cu scopul de a-l calma (îl ia în brațe, îl atinge mângâietor, îi vorbește duos, îl liniștește). Atașamentul se naște în interacțiunea dintre cei doi, copil și mamă, depinzând de potrivirea lor în tandem. Perry (2001) definește atașamentul copilului astfel: „este o relație emoțională specială, de durată, cu o anumită persoană; presupune calmarea, reconfortarea copilului și creează plăcere; pierderea sau amenințarea cu pierderea persoanei specifice (figură de atașament) generează supărare la copil; în contextul acestei relații, copilul se simte în siguranță, securizat. Identificăm în această definiție că se are în vedere doar atașamentul securizant, sănătos. În cadrul teoretic al atașamentului, acest proces de învățare despre sine și ceilalți a copilului se numește Model internalizat de funcționare a lumii (în continuare MIFL) [10, p.44-45].

MIFL este o hartă mentală bazată pe reprezentările mentale ale copilului dobândite în experiențele trăite în interacțiunile cu cei din jur. Această hartă mentală orientează individul în raporturile reale cu ceilalți, cu lumea, ghidându-i expectanțele și strategia comportamentală. MIFL se stabilizează în jurul vârstei de 12 luni. Există studii care arată că în cazul copiilor care au trăit la începuturile vieții lor în condiții improprii de dezvoltare și care au șansa de a-și găsi ulterior un cămin și a intra în interacțiuni sănătoase cu adulții, noile modele internalizate de funcționare a lumii pe care le dezvoltă copilul în cadrul noilor relații nu vor șterge vechile MIFL nesănătoase. Simțindu-se deja

răspunzătoare și anticipând disperarea soțului atunci când va afla de problemă, ea ar putea încerca să-și protejeze partenerul de realitatea situației. Părinții încearcă să se protejeze unul pe celălalt în diverse feluri, atât în timpul în care bebelușul se află la spital, dar și multă vreme după externare. Nu este deloc neobișnuit ca mare parte din sarcina îngrijirii de bază a unui copil cu dizabilități să cadă mai mult pe umerii unuia dintre părinți, de obicei mama, lucru care se întâmplă și în circumstanțe normale. Pot apărea multe tipuri de scenarii, însă, în majoritatea cazurilor, cursul vieții familiei va fi modificat pentru totdeauna. În cadrul unei familii care are de crescut un copil cu dizabilități, rolurile și alianțele se dezvoltă adesea în mod diferit față de cum ar fi fost dacă ar fi avut parte de un copil fără nevoi speciale. Mult prea adesea se întâmplă ca unul dintre părinți să fie considerat a fi „de vină“ atunci când copilul are o problemă. Acest sentiment ar putea să aibă un fundament și în realitate, atunci când una dintre ramurile familiei este purtătoarea unei anumite gene sau atunci când o anumită trăsătură fizică sau comportamentală este recunoscută a fi moștenită frecvent în cadrul uneia dintre familiile de origine. Cu toate acestea, aruncarea vinei pe umerii celuilalt nu poate prinde rădăcini decât cu condiția ca sămânța să cadă pe teren fertil — spre exemplu, dacă unul dintre parteneri manifestă deja lipsă de încredere sau dacă îi repugnă o anumită caracteristică a celuilalt. În astfel de cazuri, trăsătura respectivă va deveni un soi de linie de falie, drept în mijlocul căreia va cădea copilul cu dizabilități. Inovarea devine o continuare sau o exagerare a unei probleme care exista deja înainte ca bebelușul să se fi născut [12, p.216-217].

În acest context, venirea pe lume a unui copil cu dizabilități poate pune în pericol integritatea unei căsnicii, chiar și în cazul unei căsnicii solide. Apar amintiri și asocieri dureroase. Alți părinți s-ar putea simți izolați, deoarece rețeaua lor de cunoscuți dispare brusc sau se vede redusă substanțial. Un copil care nu este precum ceilalți copii poate veni ca o compensare pentru părinți care nu sunt precum alți părinți. Ei nu au pe nimeni cu care să-și împărtășească experiențele și dificultățile și se tem adesea ca nu cumva să-i plictisească pe ceilalți, ori se tem că alții nu vor fi capabili să înțeleagă cum e viața lor zilnică. Deseori, ei își dau seama că sunt izolați social, ceea ce le întărește sentimentul de ratare. Acești părinți nu-și pierd doar viața sexuală și contactele sociale, ci și multe alte motive care susțin, în mod normal, o căsnicie. Ei se trezesc deodată petrecând o cantitate uriașă de timp făcând eforturi suplimentare pentru asigurarea îngrijirii necesare copilului și adesea se văd siliți să cheltuiască sume impresionante de bani pentru servicii pe care nu le anticipaseră vreodată.

În contextul vizat, educația copilului reprezintă activitatea psihosocială cu funcție generală de formare-dezvoltare permanentă a personalității umane, orientată spre integrarea socială optimă. Educația este angajată conform finalităților asumate la nivel de sistem și de proces, proiectate, realizate și dezvoltate prin acțiuni specifice, având ca structură de bază, corelația subiect-

obiect, într-un context deschis și auto-perfectibil[5, p.14].

Un grup de cercetători de la *Institutul Pedagogiei Corecționale din Moscova* au inițiat un studiu dedurată asupra reprezentărilor despre educația copiilor și a expectanțelor valorice legate de maternitate la un grup de mame ce educă copiii cu dizabilități. Studiul a arătat că relația mamă-copil este foarte mult influențată de particularitățile poziției materne interne atât asupra rolului său de mamă, cât și de reprezentarea pe care și-o formează legată de copilul cu dizabilități. Studiul a scos în evidență și un șir de condiții ce ar putea fi utilizate în calitate de resurse psihologice pe care ar putea conta familia ce educă un copil cu dizabilități în depășirea crizei. Printre ele se numără motivația parentală înaltă, reflexia asupra propriilor acțiuni, tendința spre perfecțiune în educația și dezvoltarea copilului. Mai mult ca atât, resursele acestor părinți pot fi utilizate cu succes în activitatea cu alți părinți, ce trec prin perioade similare. Posibilitatea de a ajuta alte familii poate fi semnificativă pentru propria autorealizare a acestei categorii de părinți [23, 24].

Aceste extreme sunt destul de periculoase și duc la consecințe grave, ne dorite în soarta copilului cu dizabilități, pot încetini procesul de corecție și recuperare, influențează negativ și posibilitățile de adaptare socială. Atitudinea incorectă și/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.

Concluzii. Copilul nu se naște cu un atașament față de o anumită persoană, ci își structurează atașamentul față de persoana cu care interacționează, bazat pe afectivitate, sensibilitate. El se naște însă cu nevoia de a se atașa. Copilul nu va dezvolta în mod obligatoriu atașament față de persoana care îi oferă îngrijirile de bază - hrană, igienă etc. -, ci va selecta pentru a-și forma atașamentul acea persoană cu care împărtășește mai mult, interacționează și comunică mai mult și într-un mod mai plăcut, persoană care-l „vede”, protejează, și care va deveni figură de atașament. În interacțiunea cu figura de atașament față de care a dezvoltat relația de atașament, copilul învață despre lumea din jur și despre el însuși și învață să se vadă pe sine și să-i vadă pe ceilalți, lumea, prin ochii acestei persoane.

1. Mama și toți ceilalți membri ai familiei trebuie strict să respecte regulile igienei personale. Important este să conștientizăm că acuratețea copilului depinde de acuratețea mamei și desigur că de regimul de viață organizat pentru copil și procedurile igienice, la care acesta este supus.

2. Plimbările la aer liber, călirea organismului, vizita la medicul de familie, vaccinarea, comunicarea sistematică cu copilul, jocurile cu el sunt cele mai simple, dar necesare acțiuni, care vor forma fundamentul conduitei sănătoase ale copilului cu afecțiuni neuromotorii.

Referințe bibliografice:

L. română:

1. Albu C., Albu A., Vlad L.-T. Psihomotricitatea. Iași: Institutul European, 2006, 256 p.
2. Bonchiș E. Familia și rolul ei în educarea copilului, Iași: Editura Polirom, 2011, 419 p.
3. Bucun N., Vasian T. Atitudinile parentale față de copilul cu dizabilități: cercetare experimentală comparativă. În: Psihologie. Pedagogie specială. Asistența socială, 2013, nr. 1 (30), p. 1-13.
4. Bucun, N., Vasian, T. Relații interpersonale și atitudini ale mediului social față de copiii cu dizabilități. În: Perspectiva psihosocială a asigurării calității educației în Republica Moldova. Coord. șt. A. Bolboceanu. Chișinău: Print-Caro, 2010, p. 104-125.
5. Calaraș C. Formarea culturii relațiilor intergeneraționale. Pedagogia și sociologia educației familiale, Chișinău: Tipogr. „Primex Com”, 2017, 304 p.
6. Cuznețov L. Tratat de educație pentru familie. Pedagogia familiei, Chișinău: CEP USM, 2008, 624 p.
7. Cuznețov L., Calaraș C., Ețco C. Consilierea și educația pentru sănătate a familiei. Repere teoretice și sugestii practice, Chișinău: Tipogr. „PrimexCom”, 2016, 517 p.
8. Iluț P. Sociopsihologia și antropologia familiei, Iași: Editura Polirom, 2005, 292 p.
9. Muntean A. Psihologia dezvoltării umane. Iași: Editura Polirom, 2006, 458 p.
10. Munteanu A. Adopția și atașamentul copiilor separați de părinții biologici, Iași: Editura Polirom, 2013, 411 p.
11. Popescu R. Atașament versus abandon. Rolul asistentului social în prevenirea abandonului copilului, București: Editura Tritonic, 2017, 200 p.
12. Stern N.-D. Nașterea unei mame. Cum te schimbă pentru totdeauna experiența maternității. București: Ed. Trei, 2019, 254 p.
13. Șlehtițchi M. Domeniul de vârf al psihologiei sociale contemporane. În: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă „Akademos”. 2016, nr. 3(42), pp. 132-135
14. Șlehtițchi M. Nevoia de o altă psihologie socială. În: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă „Akademos”. 2016, nr. 2(41), pp. 144-150
15. Turchină T., Bolea Z., Tolstaia S., et. alții, Consilierea familiei și a persoanelor cu dizabilități, Chișinău: Inst. De Formare Continuă, 2011, 179 p.

16. Vasian T. Abordări conceptuale și etiologice ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități. *Didactica Pro*, 2013, nr. 1 (77), p. 10-12.

17. Vasian T. Alături de copilul său. *Didactica Pro*, 2009, nr. 5-6 (57-58), p. 65-69.

18. Vasian T. Asistența social-psihologică a familiei copilului cu dizabilități. În: *Pledoarie pentru educație - cheia creativității și inovării: Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 1-2 noiembrie 2011, IȘE*. Chișinău: Print-Caro, 2011, p. 171-174.

19. Voinea M. *Psihosociologia familiei*, București: Editura Universității București, 1996, 102 p.

20. Vrășmaș E. *Intervenția socio-educatională ca sprijin pentru părinți*. București: Aramis, 2008

L. engleză:

21. Dionne C. et al. Experience des familles dont un enfant présente une incapacité: perceptions et besoins actuels, *Sewice social*, nr.52, 2006, online la www.erudit.org

22. Terrisse B., Larose F. *L'échelle des compétences éducatives parentales*, Quebec: Du Ponant, 2000, 31 p.

L. rusă:

23. Разенкова Ю.А. Варианты внутренней материнской позиции у матерей детей с синдромом Дауна младенческого и раннего возраста. 1п: *Дефектология*, 2011, № 1

24. Разенкова Ю.А. Образ ребенка и себя в материнской роли у матерей, воспитывающих детей с синдромом Дауна младенческого и раннего возраста. 1п: *Дефектология*, 2008, № 5.

25. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения. В: *Вопросы психологии*, 2000, № 3, с. 3-14.