

Angela ACHIȚEI
Manuela IFTIMOAEI
Mirela IVAN
Steliana MARJAN
Alina PĂDUREȚ
Ștefania RĂDULESCU
Cristina VAMEȘU

Asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV

Metodologie, standarde, proceduri



Agencia Statelor Unite pentru
Dezvoltare Internațională



World Learning
ChildNet Program



GUVERNUL ROMÂNIEI
Autoritatea Națională pentru
Protecția Copilului și Adopție

Angela ACHIȚEI
Manuela IFTIMOAEI
Mirela IVAN
Steliana MARJAN
Alina PĂDUREȚ
Ștefania RĂDULESCU
Cristina VAMEȘU

Asistența maternală pentru copilul seropozitiv HIV

Metodologie, standarde, proceduri

"Această lucrare a fost realizată cu sprijinul misiunii din România a Agenției Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională, prin intermediul programului World Learning-ChildNet. Opiniile exprimate în acest material aparțin autorilor și nu reflectă neapărat punctul de vedere al Agenției Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională."



**Agenția Statelor Unite pentru
Dezvoltare Internațională**



**World Learning
ChildNet Program**



**GUVERNUL ROMÂNIEI
Autoritatea Națională pentru
Protecția Copilului și Adopție**

Prefață

Problematika asistenței psiho-sociale și medicale a copiilor seropozitivi este foarte complexă. Dincolo de toate prejudecățile legate de contactele cu persoanele seropozitive, realitatea a demonstrat că acestea sunt de multe ori neîntemeiate. Răspunsul familiilor care doresc să îngrijească și să educe copii cu astfel de probleme ne demonstrează interesul pe care comunitatea îl manifestă pentru această problemă socială, dorința de a veni în sprijinul semenilor noștri. Mediul familial nu poate fi înlocuit de nici o instituție, indiferent de posibilitățile acesteia. Asistența maternală încearcă o reconstrucție a acestui context social în care trebuie să se dezvolte copilul în dificultate.

Programul de asistență maternală pentru copilul seropozitiv HIV desfășurat de Fundația “Alături de Voi” România împreună cu Direcțiile Județene pentru Protecția Drepturilor Copilului este unul inovator și cu rezultate excepționale, care se poate constitui ca model de bună practică în asistența socială a copilului și familiei. Ghidul de bună practică pe care-l aduce în atenția noastră această echipă reprezintă o resursă pentru profesioniștii din domeniu, un reper semnificativ pentru praxis social și o bună bază de documentare pentru cei în devenire.

Lect. Ștefan COJOCARU
Universitatea “Al. I. Cuza” Iași

CUPRINS

CUPRINS.....	7
CAP. I PROGRAM, PROCEDURI, REGLEMENTĂRI.....	9
1. Prezentarea programului	9
2. Proceduri și reglementări a programului de asistență maternală.....	13
• 2.1. Recrutarea potențialilor asistenți maternali	13
• 2.2. Criterii de eligibilitate pentru familiile care solicită să devină asistenți maternali.....	14
• 2.3. Copii eligibili pentru îngrijirea familială temporară	15
• 2.4. Evaluarea primară; Cererea de înscriere.....	15
• 2.5. Evaluarea psiho-socială:	16
• 2.6. Instruirea asistenților maternali:.....	19
• 2.7. Atestarea asistenților maternali	20
• 2.8. Matching / potrivirea copil - asistent maternal	21
• 2.9. Plasamentul copilului în familia asistentului maternal.....	24
• 2.10. Supervizarea plasamentului și managementul de caz.....	25
• 2.11. Încetarea plasamentului	29
• 2.12. Servicii de urmărire postplasament	30
• 2.13. Documentarea scrisă.....	31
Cap. II ROLURI ȘI RESPONSABILITĂȚI.....	33
1. Rolul și responsabilitățile autorităților publice.....	33
2. Rolul și responsabilitățile asistentului maternal	34
3. Rolul și responsabilitățile Fundației „Alături de Voi”	35
CAP. III RELAȚIONARE.....	37
1. Asistentul maternal – familia biologică	37
2. Asistentul maternal – asistentul social	38
3. Asistentul maternal – Direcția Generală pentru Protecția Drepturilor Copilului	38
4. Asistentul maternal – copilul aflat în plasament sau încredințare.	39
CAP. IV CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA COPILULUI.....	40
1. Stadiile de dezvoltare ale copilului	40
2. Câteva principii ale dezvoltării	42
3. Caracteristici ale dezvoltării copilului (perioada 0-3 ani).....	43
4. Caracteristici ale dezvoltării copilului după vârsta de 3 ani.....	48
CAP. V COMUNICAREA DIAGNOSTICULUI COPILULUI INFECTAT HIV	56
1. Particularități ale dezvoltării diagnosticului.....	56
2. Răspunsuri stadiale la aflarea diagnosticului	67
3. Tehnici de comunicare eficientă cu copilul.....	72
CAP. VI COMPORTAMENT, EDUCARE ȘI STIMULARE.....	75
1. Principiile de stimulare ale copilului	75
2. Jocul între adulți și copii	77
3. Manifestări de independență și autoservire	79
4. Atitudinile părinților față de copil	81

5. Metafora “navetei spațiale”	85
CAP. VII COMPORTAMENT ȘI DISCIPLINĂ	88
1. Sugestii pentru rezolvarea problemelor de comportament.....	90
2. Metode de încurajare a comportamentului pozitiv	91
3. Metode de reducere a comportamentului negativ.....	94
4. Metode de tratare a comportamentelor dificile	104
5. Câteva probleme de comportament mai frecvent întâlnite	105
6. Tehnici de încurajare a unei idei pozitive despre sine	108
7. Activități de formare a unei păreri pozitive despre sine	108
CAP. VIII ATAȘAMENT ȘI SEPARARE	110
1. Atașamentul.....	110
2. Separarea	120
CAP. IX ABUZ ȘI NEGLIJARE	124
1. Tipuri de abuz.....	124
2. Efecte ale abuzului și neglijării asupra copilului.....	126
CAP. X DECESUL COPILULUI	128
1. Atitudinea asistentului maternal față de moartea copilului.....	128
2. Evoluția conceptului de moarte la copil.....	130
3. Procedura utilizată în cazul morții copilului aflat în îngrijirea unui asistent maternal	132
CAP. XI ROLUL GRUPURILOR DE SUPORT	133
BIBLIOGRAFIE	137
ANEXE	139
ANEXA I - Codul etic pentru părinții foster.....	139
• Preambul	139
• Introducere.....	140
• Evaluarea personală.....	141
• Importanța regulamentelor	141
• Standardele etice de bază.....	142
• Reguli pentru îngrijirea unui copil	142
• Standardele etice pentru creșterea copiilor.....	143
• Standardele etice pentru instruirea profesională	143
• Cooperarea în domeniul îngrijirii familiale temporare	144
• Alte standarde etice	144
ANEXA II – Plan de evaluare a potențialului asistent maternal.....	146

CAP. I PROGRAM, PROCEDURI, REGLEMENTĂRI

1. Prezentarea programului

Cel mai propice mediu de dezvoltare fizică, emoțională, intelectuală a oricărui copil este familia în care s-a născut. Cum menținerea acestuia în familia biologică nu este posibilă întotdeauna din anumite motive (sărăcie, familii dezorganizate, copii abandonati în spital) sunt recomandate alternativele la instituționalizare, printre acestea numărându-se și plasamentul sau încredințarea copilului seropozitiv la un asistent maternal.

Ocrotirea copiilor seropozitivi într-o familie de îngrijire s-a dezvoltat în țara noastră din anul 1996, atunci când legislația privind recrutarea și pregătirea rețelelor de asistenți maternali nu apăruse încă. Primul program de acest gen a luat naștere în Constanța și Târgu-Mureș, la inițiativa Organizației HOLT International Children's Services România, ca o necesitate de a identifica alternative pentru numărul ridicat al copiilor seropozitivi abandonati în spitale. Crearea acestui serviciu a reprezentat o provocare și o experiență nouă pentru sistemul de ocrotire al copilului seropozitiv din țara noastră, la acea vreme.

Recrutarea, evaluarea și pregătirea familiilor de îngrijire pentru copiii seropozitivi abandonati sau aflați la risc de abandon, s-a efectuat de către Organizația HOLT din rândul familiilor care aveau propriul lor copil infectat HIV. Motivul a fost reprezentat de faptul că o astfel de familie cunoaște cel

mai bine nevoile unui copil seropozitiv și poate oferi o îngrijire de calitate. Experiența practică a Organizației HOLT a demonstrat că, în condițiile ocrotirii copilului seropozitiv pe o perioadă nedeterminată la un asistent maternal, pregătit și atestat în acest scop, speranța de viață a copiilor a crescut datorită climatului socio-afectiv oferit acestora.

O dată cu înființarea Fundației “Alături de Voi”, la inițiativa Organizației HOLT International Children’s Services, au fost preluate programele de “Asistență socială oferită copiilor seropozitivi HIV și familiilor acestora”, desfășurat în Iași, Constanța și Târgu-Mureș precum și cel de “Asistență maternală pentru copiii seropozitivi HIV” desfășurat inițial doar în centrele Constanța și Târgu-Mureș.

În luna ianuarie 2003, Fundația “Alături de Voi” a demarat programul de asistență maternală pentru copilul seropozitiv și în centrul Iași. Inițial, cunoscând experiența celorlalte două centre, s-a pornit de la ipoteza că recrutarea potențialilor asistenți maternali se va face tot din rândul părinților care au deja în îngrijire propriul copil seropozitiv. Spre marea surpriză a specialiștilor care lucrează pe acest program, ipoteza a fost infirmată, numărul cererilor pentru a deveni asistenți maternali fiind mult mai mare din partea persoanelor care nu aveau în propria familie sau în cea lărgită vreun membru suferind de această boală. Mai mult, motivația acestor persoane de a lua în îngrijire un copil seropozitiv a fost reprezentată de dorința de a susține efectiv copilul în lupta sa cu această nemiloasă boală.

Astfel, constatăm cu bucurie că atitudinea comunității față de situația copiilor seropozitivi s-a schimbat parțial în bine: dacă la început exista tendința excluderii acestor copii din comunitatea în care trăiau, în prezent apare

responsabilitatea protejării și ocrotirii în cadrul comunității, ca parte integrantă a acesteia.

Luând în considerare aceste aspecte, serviciile de asistență socială sunt esențiale pentru eficientizarea sistemului de suport și protecție socială a copilului seropozitiv. Aceste servicii trebuie să îmbine abordarea profesională și mobilizarea resurselor comunitare pentru a putea dezvolta o strategie coerentă de prevenire a abandonului.

Îngrijirea familială pentru copilul seropozitiv are mai multe caracteristici:

- Îngrijirea familială pentru copilul seropozitiv este **pe termen lung**, deoarece, de cele mai multe ori, familia naturală l-a abandonat tocmai pentru că nu a putut face față bolii; unul din părinți a aruncat în spatele celuilalt vina de a fi infectat copilul, abandonând familia; celălalt părinte, din ignoranță, din teama de a nu fi infectați și ceilalți membri ai familiei, din cauza problemelor materiale au luat în unele cazuri decizia de a abandona copilul fie în spital fie într-un centru de plasament. Această decizie este, din păcate, de multe ori, ireversibilă deoarece și boala copilului este incurabilă.
- Îngrijirea familială pe termen lung este **planificată**; ceea ce se întâmplă cu copilul în timpul îngrijirii nu este întâmplător, ci se urmărește planul de viitor al copilului.
- Resursa esențială este **familia de îngrijire / asistentul maternal** care acordă îngrijire într-un mediu familial unui copil care nu îi este rudă, oferind acestuia posibilitatea de a beneficia de supraveghere și atenție individualizată pe care numai o familie le poate acorda.

- Îngrijirea temporară implică **munca în echipă** între familia de îngrijire și asistentul social.

Îngrijirea familială pe termen lung este de preferat îngrijirii în instituții din două motive principale:

1. În cadrul unei familii copilul învață să iubească și să fie iubit, să aibă încredere și să dezvolte relații, astfel încât, nevoile fizice, sociale, emoționale și spirituale, sunt acoperite.
2. Îngrijirea în familie presupune costuri mult mai mici față de îngrijirea în cadrul unei instituții tip centru de plasament.

Obiectivele programului:

- Prevenirea instituționalizării copiilor seropozitivi HIV cu risc de abandon;
- Reducerea numărului de copii seropozitivi HIV instituționalizați;
- Dezvoltarea unei rețele de asistenți maternali profesioniști, specializați pe problematica copilului seropozitiv HIV;
- Replicarea modelului de asistență maternală pentru copilul seropozitiv HIV.

Serviciile programului:

- Sprijinirea persoanelor care solicită să devină asistenți maternali profesioniști în procesul de atestare;
- Servicii de instruire / pregătire profesională;
- Servicii de consiliere psiho-socială pentru copiii seropozitivi HIV și asistenții maternali;

- Servicii de informare și educație în domeniul HIV/SIDA;
- Grupuri de suport pentru copiii seropozitivi și asistenții maternali;
- Supervizare și monitorizare pe toată perioada plasamentului;
- Servicii post-plasament;
- Asistență financiară necesară în procesul derulării programului.

2. Proceduri și reglementări a programului de asistență maternală

Pentru a li se putea asigura o dezvoltare armonioasă și sănătoasă, ținând cont de sensibilitatea crescută la infecțiile intercurrente datorate scăderii imunității organismului, acești copii au nevoie de îngrijiri speciale. Acestea pot fi acordate într-un mod eficient într-un climat de încredere și de siguranță pe care numai o familie le poate asigura. De aceea, acest sistem de îngrijire familială pe o perioadă nedeterminată impune o multitudine de etape și proceduri, care ar trebui să fie îndeplinite pentru a asigura creșterea și dezvoltarea copilului infectat. Aceste etape și proceduri sunt reglementate de ordinul nr. 35 din 15.05.2003 care se referă la standardele minime obligatorii pentru asigurarea protecției copilului la asistentul maternal profesionist.

2.1. Recrutarea potențialilor asistenți maternali

Recrutarea asistenților maternali se referă la căile de abordare a comunității cu scopul de a găsi potențiale familii de îngrijire pe termen lung pentru copiii seropozitivi.

Recrutarea implică un program planificat, organizat, de educare în vederea schimbării mentalității publicului larg referitor la cei infectați, la dreptul acestora de a avea o viață

normală în societate și nevoia de a găsi persoane care să dorească să devină asistenți maternali. Scopul principal este de a se asigura un număr suficient de familii de îngrijire pentru ca un număr cât mai mare de copii infectați să beneficieze de îngrijire familială.

Recrutarea de familii de îngrijire se poate face prin promovarea programului în cadrul comunității prin mass-media:

- Anunțuri în ziare, la radio, T.V. O campanie în mass-media este eficientă pentru a face cunoscut comunității programul de îngrijire familială pentru copiii seropozitivi și nevoia de familii pentru acest program;
- Distribuirea de broșuri și pliante;
- Mediatizarea programului la alte organizații neguvernamentale, instituții medicale;
- Organizarea de întâlniri cu părinții care au copii seropozitivi și care pot fi o resursă importantă atât ei cât și familiile lor care cunosc nevoile copilului și implicațiile bolii.

Famiiliile de asistenți maternali active în cadrul programului pot să abordeze noi familii individual. Aceste potențiale familii pot fi vecinii lor, prietenii sau membrii familiei lărgite. Nu numai că părinții care au în îngrijire un copil seropozitiv sunt priviți ca fiind o sursă de informații corecte, ci ei sunt și modele de părinți care sunt foarte dedicați copiilor aflați în îngrijire și organizației cu care colaborează.

2.2. Criterii de eligibilitate pentru familiile care solicită să devină asistenți maternali:

Următoarele criterii se folosesc ca ghid la recrutarea și aprobarea familiilor de asistenți maternali:

- **vârsta:** cea care să-i confere capacitatea deplină de exercițiu;

- **starea de sănătate:** asistenții maternali împreună cu toți membrii familiei să dovedească că sunt sănătoși clinic și neuropsihic. Evaluarea psihologică trebuie să demonstreze garanția pentru îndeplinirea adecvată a obligațiilor legate de creșterea, îngrijirea și educația copiilor;
- **casa:** ambient sigur și condiții igienice pentru sănătatea și bunăstarea copilului;
- **profil moral:** asistenții maternali și membrii familiei să probeze garanții morale necesare dezvoltării armonioase a copilului;
- **acceptul întregii familii:** toți membrii familiei potențialului asistent maternal să fie de acord cu primirea și ocrotirea unui copil în casa lor.

După ce toate aceste criterii sunt îndeplinite și verificate, asistentul social stabilește întâlniri cu asistentul maternal la domiciliul celui de-al doilea și /sau la sediul organizației, și întocmește un raport de evaluare psiho-socială, propunând în cadrul Comisiei pentru Protecția Copilului de pe raza de domiciliu al clientului, atestarea sa ca asistent maternal profesionist.

2.3. Copii eligibili pentru îngrijirea familială temporară

- copii cu vârsta între 0-16 ani;
- copii abandonați din punct de vedere juridic;
- copii la risc de abandon (care nu pot rămâne în familia biologică pentru o perioadă limitată de timp și care ar urma să fie instituționalizați).

2.4. Evaluarea primară; Cererea de înscriere

Etapa investigației și a cererii de înscriere începe atunci când solicitantul (asistentul maternal) se interesează mai întâi verbal despre program și are loc o întâlnire între asistentul

social și familie. Ea se încheie atunci când solicitantul completează cererea de înscriere. În timpul acestei etape, asistentul social furnizează potențialului asistent maternal o descriere generală a programului, principiile sale, a drepturilor și obligațiilor asistentului maternal, responsabilitățile organizației, categoriile de copii care beneficiază de aceste servicii și orice alte informații pe care solicitantul le poate cere. Dacă solicitanții îndeplinesc criteriile de bază și se decid să continue eforturile lor de a deveni asistenți maternali, ei vor completa în continuare formularul de înscriere. Asistentul social revizuieste cererea și stabilește împreună cu solicitantul un program pentru vizita la domiciliu și contactele următoare. Scopul principal al acestor întâlniri este de a evalua potențialii asistenți maternali.

2.5. *Evaluarea psiho-socială:*

Evaluarea psihosocială cuprinde 2 etape, la sfârșitul cărora se hotărăște dacă solicitantul este pregătit pentru a-și asuma rolul de asistent maternal și dacă este potrivit pentru acest rol: *interviul de evaluare și ancheta psihosocială.*

Interviul are totdeauna un obiectiv explicit menționat, pe care participanții la interviu (asistentul social, psihologul și solicitantul) îl cunosc, și anume colectarea de informații asupra unei teme. În cadrul interviului se urmărește a se înțelege mentalitatea solicitantului și semnificațiile pe care acesta le dă lucrurilor, evenimentelor și relațiilor psihosociale, urmărindu-se un ghid de interviu. Ghidul de interviu este o schemă prestabilită ce conține principalele teme care vor fi abordate, lăsând specialistului posibilitatea de a explora liber subiectele.

Dintre domeniile prestabilite, pe baza cărora se desfășoară interviul cu solicitantul, menționăm:

- sursa de referire;

- motivația pentru a deveni asistenți maternali;
- atitudinea față de îngrijirea familială temporară, ca tip de îngrijire și ocrotire a copiilor;
- atitudinea față de abandonul copiilor;
- ce fel de copil și-ar dori să îngrijească: vârsta, sexul, cât de flexibilă este familia referitor la aceste criterii;
- viața de familie: dinamica familială și relațiile de familie, metodele prin care ei depășesc perioadele de stres, experiențe legate de separare și modul cum au fost ele tratate, compatibilitatea rolurilor, modalități de recreere, vacanțele și relațiile părinte-copil;
- experiența de părinte: valoarea acordată educației, metodele de disciplinare, propriile lor experiențe din copilărie;
- starea de sănătate și starea psihologică;
- starea materială / financiară: venitul, cheltuielile, modul în care își chibzuiesc resursele;
- religia și convingerile culturale;
- căminul familiei și dotările, resursele comunitare.

Temele cuprinse în ghid nu vor fi adresate într-o manieră strict ordonată, ci la momentul oportun și doar în cazul în care solicitantul nu a atins deja, în mod spontan, tema avută în vedere.

Ancheta psihosocială presupune recoltarea sistematică a unor informații despre viața psihosocială a unei persoane, ca și interpretarea acestora în vederea înțelegerii semnificației lor.

Ancheta psihosocială efectuată în termen de trei luni de la data depunerii cererii de înscriere este realizată printr-o serie de întâlniri între asistentul social, psiholog și fiecare membru

al familiei în parte, precum și cu întreaga familie la un loc. Observațiile de orice natură ajută specialiștii să decidă dacă familia îndeplinește condițiile de eligibilitate. În ancheta psihosocială sunt incluse și contactele colaterale cu membrii familiei lărgite, vecinii și prietenii. Raportul anchetei psihosociale oferă o evaluare generală a solicitantului, incluzând și date despre profilul psihologic al acestuia, despre familia sa și despre funcționalitatea acesteia ca grup, incluzând și interacțiunea membrilor în cadrul sistemului familial.

După ce familia a fost aprobată de către organizație, dosarul ei este înaintat Direcției Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului / Comisiei Pentru Protecția Copilului care hotărăsc aprobarea și emiterea atestatului de asistent maternal profesionist.

Actele necesare întocmirii dosarului de asistent maternal profesionist sunt:

- cererea de a deveni asistent maternal profesionist;
- curriculum vitae al solicitantului;
- motivele pentru care solicitantul dorește să devină asistent maternal profesionist;
- copii legalizate după actele de stare civilă: certificat de naștere și certificat de căsătorie;
- copie după buletinul de identitate;
- copii legalizate după actele de studii ale solicitantului;
- scurta prezentare a persoanelor cu care locuiește solicitantul, în care să se menționeze numele, prenumele, data nașterii acestora și gradul de rudenie;
- certificatele medicale eliberate de policlinica de care aparțin, care să prezinte o evaluare completă a stării de sănătate a solicitantului și a persoanelor cu care acesta locuiește;

- certificate de cazier judiciar ale solicitantului și ale celorlalte persoane cu care locuiește;
- copie legalizată după actul de proprietate al locuinței sau după contractul de închiriere/ subînchiriere conform legii;
- recomandări/referințe.

2.6. Instruirea asistenților maternali:

Organizația trebuie să asigure pregătirea și instruirea asistenților maternali, conform cerințelor legislative în vigoare. Cursurile de instruire aprobate de către Direcția Generală de Muncă și Protecție Socială, se pot desfășura atât la sediul organizației, cât și la domiciliul asistenților maternali.

Tematica acestor cursuri trebuie să acopere următoarele aspecte:

- legislație în domeniul protecției copilului în România și pe plan internațional;
- legislația specifică ocrotirii copiilor cu handicap;
- informații despre infecția HIV/SIDA;
- nevoile copilului infectat HIV (noțiuni legate de boală, tratament specific, igiena de viață, alimentația copilului seropozitiv, dezvoltarea diagnosticului copilului seropozitiv);
- roluri și responsabilități: asistent maternal - Direcția pentru Protecția Copilului - instituția angajatoare;
- creșterea și dezvoltarea copilului;
- efectele instituționalizării copilului;
- atașament și separare;
- maltratare și neglijare;
- relaționare familie biologică - asistent maternal;
- resurse comunitare.

Fundația „Alături de Voi” asigură un curs de instruire inițială de minim 60 ore (24 de ore de instruire teoretică și 36 de ore de instruire practică) urmat de un program de instruire permanentă, pe tot parcursul programului oferind ocazia asistenților maternali de a participa la cursuri și seminarii având subiecte legate de îngrijirea și dezvoltarea copilului, îngrijire temporară și alte servicii alternative, etc. În cadrul acestor întâlniri se va invita și un medic specialist ce va prezenta aspecte specifice infecției HIV, tratamentul existent, caracteristicile și evoluția bolii.

Atestarea asistenților maternali

Condițiile de obținere a atestatului, procedurile de atestare și statutul asistentului maternal profesionist sunt reglementate de Hotărârea Guvernului României nr. 679 din 12.06.2003.

În momentul în care dosarul este complet din punctul de vedere al actelor prevăzute de lege se atașează ancheta psihosocială cu propunerea de atestare a persoanei ca asistent maternal profesionist. Înaintea prezentării dosarului în Comisia pentru Protecția Drepturilor Copilului, acesta este supervizat de către un specialist din cadrul Direcției Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului. Ulterior, prezentarea cazului este trecută pe ordinea de zi a comisiei. În funcție de programarea făcută, asistentul social care a instrumentat dosarul, specialistul DGPDC care a supervizat cazul și persoana care solicită să devină asistent maternal se prezintă la ședința comisiei.

Cei doi specialiști argumentează propunerea de atestare ca asistent maternal profesionist, iar Comisia pentru Protecția Copilului aprobă sau nu propunerea făcută. Dacă persoana este atestată, ea va primi în câteva săptămâni Hotărârea Comisiei, care este un atestat legal prin care persoana a

devenit asistent maternal profesionist. Atestatul este valabil 3 ani de zile și poate fi prelungit printr-o nouă evaluare, respectiv reatestare. Dacă situația o impune, asistentul social al asistentului maternal profesionist poate propune retragerea sau suspendarea atestatului.

2.8. Matching / potrivirea copil - asistent maternal

Este procesul de alegere a celei mai adecvate persoane ca asistent maternal pentru îndeplinirea nevoilor unui copil anume. Procesul de matching este de importanță majoră și poate să ajute la realizarea unei planificări permanente. De exemplu, dacă planificarea cazului prevede pentru un copil reunirea cu familia sa biologică este de dorit ca cele două familii (familia de îngrijire și cea biologică) să aibă caracteristici comune (culturale, educaționale, etnice, religioase etc.) astfel încât, problemele de adaptare care apar din cauza diferențelor să fie diminuate.

Când este identificat un copil eligibil, asistentul social din cadrul programului de asistență maternală recapitulează toate persoanele aprobate disponibile și alege un grup inițial de 2-3 familii. Familiile selectate sunt evaluate în contextul nevoilor copilului și a situației sale, în cadrul unei întâlniri între asistentul social din cadrul programului de asistență maternală, asistentul social care a referit copilul și supervisorul de program. Împreună ei aleg cea mai potrivită familie pentru copil. În cazul unor circumstanțe speciale pot fi consultați și alți specialiști (medici, psihologi, lucrători din sectorul public etc.).

Decizia este înregistrată în dosarul familiei de îngrijire temporară de către asistentul social. Dosarele copilului și familiei de îngrijire sunt completate și înaintate Comisiei pentru Protecția Drepturilor Copilului în vederea aprobării plasamentului.

Comisia pentru Protecția Copilului emite o decizie scrisă care reprezintă baza legală pentru plasament.

Pregătirea pentru plasament

Este o etapă primordială în cadrul procesului de plasament în vederea îngrijirii familiale temporare. Pe parcursul acestei etape, familia de îngrijire, copilul și uneori familia biologică a copilului sunt pregătiți pentru noua experiență și pentru schimbarea care intervine. După ce s-a efectuat matching-ul, asistentul social al copilului împreună cu asistentul social al asistentului maternal informează familia despre decizie. Aceștia furnizează informații generale despre copil și planul lui de viitor. Informațiile includ: motivul plasamentului, starea de sănătate a copilului, nivelul actual de dezvoltare al copilului (fizic, social, cognitiv și emoțional), durata aproximativă a plasamentului, programul de hrană, somn, etc., implicarea familiei biologice, dacă este cazul. După obținerea acestor informații familia de îngrijire temporară trebuie să decidă dacă va oferi sau nu îngrijire familială temporară copilului.

Dacă familia acceptă copilul, se fixează data la care familia va vizita copilul. Vizitarea copilului și acceptarea sa definitivă de către familie declanșează următoarea etapă a procesului de pregătire. Aceasta implică: elaborarea dosarelor administrative și supunerea lor spre aprobare; imediat după primirea deciziei scrise din partea Comisiei pentru Protecția Copilului, asistentul social solicită aprobarea pentru achiziționarea echipamentului adecvat pentru copil iar familia de îngrijire temporară își pregătește locuința pentru plasarea copilului.

Pregătirea copilului.

Asistentul social care a referit copilul începe pregătirea pentru plasamentul acestuia. De asemenea, asistentul social informează copilul despre noua schimbare ce va avea loc în viața lui, pentru a nu suferi traume emoționale și a-i asigura o adaptare treptată în noul cămin. Copilul trebuie să fie încurajat în a-și exprima sentimentele cu privire la îngrijirea într-o familie, cu scopul de a se clarifica eventualele neînțelegeri ale acestuia cu privire la mutarea și acomodarea sa într-un alt mediu. Astfel, după ce copilul a fost informat cu privire la toate aspectele pe care le implică plasamentul într-o nouă familie, sunt programate vizite preplasament ale familiei de îngrijire temporară la instituție, în colaborare cu asistentul social de pe programul de îngrijire temporară. În cazul unui nou-născut, este important pentru asistentul social să aibă informații pregătite referitoare la rutina zilnică a copilului și celelalte nevoi ale sale (alimentația, programul de somn, ora de culcare etc.). Acestea trebuie să fie împărtășite familiei de îngrijire pentru a asigura o adaptare armonioasă a copilului în noul său cămin. În cazul unui copil mai mare asistentul social face următoarele:

- discută planul de viitor al copilului împreună cu asistentul maternal la care va fi plasat copilul;
- îl asigură pe copil de continuarea relației sale cu familia sa biologică prin intermediul vizitelor planificate, pentru cazul în care planificarea prevede o eventuală reintegrare a sa în familia biologică;
- permite și încurajează exprimarea sentimentelor sale;
- efectuează demersurile necesare în colaborare cu ceilalți asistenți sociali, pentru vizita preplasament efectuată de familia de îngrijire, la instituție.

Pregătirea familiei biologice

În cele mai multe dintre situații, diagnosticarea copilului cu infecție HIV determină unele familii să-l abandoneze în spital sau să accepte îngrijirea acestuia într-o instituție specializată sau la o familie de asistenți maternali. Abandonul copilului seropozitiv de către familia sa biologică poate avea la bază următoarele motive:

- teama ca și ceilalți membri sau copii din familie să nu fie infectați;
- frica de a nu fi marginalizați în comunitate;
- izolarea socială a copilului infectat HIV;
- divorțul părinților și destrămarea familiei apărută ca urmare a învinuirii unuia dintre părinți de boala copilului;
- lipsa resurselor financiare de a asigura copilului bolnav alimentația corespunzătoare și îngrijirea medicală adecvată.

Pregătirea părinților biologici este responsabilitatea atât a asistentului social din programul de îngrijire temporară cât și a asistentului social din instituția care referă copilul. Pe parcursul acestei perioade asistentul social are ca responsabilitate să:

- explice programul de îngrijire temporară părinților biologici;
- obțină consimțământul lor pentru plasament;
- îi încurajeze să participe la realizarea cât mai rapidă a planului lor de viitor;
- îi informeze asupra drepturilor și obligațiilor lor pentru timpul cât copilul se află în îngrijire familială temporară;
- aranjeze programarea vizitelor efectuate de părinți, dacă planul prevede reintegrarea;

- ofere servicii de consiliere și alte intervenții în funcție de nevoi.

2.9. Plasamentul copilului în familia asistentului maternal

Plasamentul este transferul efectiv al copilului din căminul părinților biologici, din instituția medicală (spital pediatric, maternitate) sau din instituția de plasament în căminul familiei de îngrijire temporară / asistent maternal.

El include următoarele proceduri:

- plasamentul - ziua și ora fixate în prealabil de către asistentul social din cadrul programului de îngrijire temporară, asistentul social care referă copilul, directorul instituției împreună cu familia de îngrijire temporară și familia biologică, dacă este cazul;
- asistentul maternal însoțit de asistentul social din cadrul programului de îngrijire familială temporară se deplasează la instituție pentru a lua copilul la domiciliul său;
- când copilul părăsește instituția, o copie a hotărârii Comisiei pentru Protecția Copilului este depusă la dosarul copilului;
- asistentul maternal primește certificatul de naștere al copilului și hotărârea de plasament care îi autorizează să îngrijească copilul și stipulează responsabilitățile lor în calitate de asistenți maternali;
- asistentul maternal este responsabil pentru înregistrarea copilului la dispensarul teritorial local și pentru efectuarea tuturor vizitelor medicale de rutină;
- asistentul social acordă familiei contractul de sprijin care este apoi semnat, precum și plata pentru plasament

- (stipendia) corespunzătoare primei luni pentru serviciile de îngrijire temporară oferite de familie;
- asistentul social face poze copilului la momentul plasării.

2.10. Supervizarea plasamentului și managementul de caz

Supervizarea plasamentului începe de la data plasării copilului în familia de îngrijire temporară. Asistentul social urmărește progresul copilului, calitatea îngrijirii oferite de către familia de îngrijire și acordă sprijin părinților ori de câte ori este nevoie. Scopul este de a oferi management continuu de caz și servicii de asistență socială copilului și părinților biologici, dacă este cazul, și asistentului maternal.

Supervizarea plasamentului implică o analiză periodică a cazului prin urmărirea progresului în raport cu planul de permanență a copilului (reintegrarea în familia biologică sau plasament pe perioadă nedeterminată). În cazurile în care copilul va reveni în familia biologică, asistentul social planifică și monitorizează contactele dintre părinții biologici și copil prin vizite la asistentul maternal. Când apar probleme, asistentul social le discută cu părinții biologici și familia de îngrijire temporară. În procesul de muncă cu părinții biologici, asistentul social oferă servicii de consiliere și alte servicii de sprijin pentru a asigura eventuala reunificare.

Atât timp cât copilul se află în plasament familial temporar asistentul social supervizează creșterea și dezvoltarea copilului și întocmește rapoarte scrise asupra progreselor făcute de copil. Asistentul social vizitează familia de îngrijire și copilul după un program regulat. El poate să solicite vizite mai frecvente de câte ori este necesar.

În timpul acestor vizite asistentul social va monitoriza creșterea și dezvoltarea copilului; relațiile copilului cu familia și acomodarea lui în familia de îngrijire temporară; va pregăti copilul și familia pentru momentul separării; va oferi copilului plasat și familiei asistentului maternal serviciile

necesare pentru a garanta că îngrijirea oferită este de calitate (consiliere, referire către alte servicii, sprijin și instruire continuă etc.). Toate vizitele și întreprinderile sunt documentate prin întocmirea de rapoarte scrise.

O activitate importantă în timpul plasamentului este pregătirea cărții vieții copilului. Ar trebui să se inițieze câte o carte a vieții pentru fiecare copil care intră în îngrijire temporară. Cartea vieții este o relatare a vieții copilului în imagini și cuvinte. Ea ar trebui să fie întocmită pe parcursul șederii copilului în familia de îngrijire și ar trebui să-l însoțească pe copil în permanență, indiferent care este planul de viitor al copilului. Cartea vieții reprezintă principala responsabilitate a asistentului maternal.

Îngrijirea medicală

Încă de la contactul inițial cu asistentul maternal, asistentul social trebuie să-l informeze pe acesta cu privire la posibilele și frecvențele spitalizări ale copilului, fie pentru efectuarea unor analize specifice, fie ca urmare a apariției unor afecțiuni inerente bolii. Asistentul maternal trebuie să înțeleagă că este responsabilitatea sa de a însoți copilul în spital ori de câte ori este nevoie și de a-l supraveghea pe toată durata spitalizării.

În astfel de situații, asistentul social vizitează copilul în spital, scopul acestor vizite fiind acela de a urmări starea copilului și de a oferi asistența necesară și asistentului maternal. Atât pe perioada spitalizării copilului seropozitiv, cât și pe perioada cât acesta este în familie, asistentul social colaborează cu medicul specialist în evidența căruia se află, în vederea monitorizării evoluției bolii copilului și a administrării regulate a tratamentului specific. În momentul externării copilului din spital, asistentul social se va ocupa îndeaproape de caz pentru revenirea copilului în familie.

Vaccinările și supravegherea regulată (cântărire, măsurare) sunt oferite de dispensarul pediatric teritorial din zona în care domiciliază asistentul maternal. Acesta, având sprijinul asistentului social, este responsabil de înregistrarea copilului la dispensarul teritorial și urmărește să beneficieze de toate serviciile oferite de dispensar. Asistentul social va coopera cu medicul de familie al copilului, îl va informa despre problemele de sănătate ale acestuia, accentuând asupra păstrării confidențialității diagnosticului. Medicul de familie trebuie să cunoască diagnosticul copilului pentru ca în situații de criză, să știe cum să poată interveni. În plus, familia este responsabilă pentru acoperirea costurilor privind medicamentele de bază incluzând vitaminele, laptele pentru sugari sau alimentele și prescripțiile pentru boli acute. Cererile pentru fondurile financiare suplimentare oferite de fundație pentru cazurile speciale ca de exemplu, pentru spitalizare, boli cronice și tratamente permanente și costisitoare sunt prezentate directorului de centru, respectiv directorului organizației de către asistentul social.

Asistentul maternal are obligația de a se prezenta lunar la spital pentru a primi tratamentul cu antiretrovirale specific bolii. De asemenea, are obligația de a se prezenta la spital cu copilul pentru control periodic și analize de câte ori recomandă medicul infecționist. Când apare o schimbare în ceea ce privește starea de sănătate a copilului (infecții intercurente) asistentul maternal trebuie să solicite intervenția medicului specialist în îngrijirea căruia se află copilul și să anunțe asistentul social sau fundația care se ocupă de caz de schimbările survenite. În același timp, trebuie să respecte cu strictețe recomandările medicului specialist și să-l informeze despre orice modificare apărută în simptomatologia bolii.

Asistentul maternal trebuie să mențină un climat sănătos în familie în vederea protejării copilului de factori nocivi care pot favoriza apariția infecțiilor oportuniste.

Stipendii / cheltuieli

Asistentul maternal beneficiază de următoarele drepturi bănești prevăzute de lege:

- salariul acordat în conformitate cu legislația muncii;
- alocația de stat pentru copiii cu handicap în cuantumul prevăzut de lege majorat cu 100%;
- alocația de întreținere pentru copiii cu handicap aflați în plasament sau încredințare în cuantumul prevăzut de lege majorat cu 50%;
- alocația lunară de hrană.

Aceste drepturi bănești sunt acordate asistentului maternal pe perioada plasamentului copilului în familie.

În plus, fundația „Alături de Voi” acordă asistentului maternal, o dată pe lună, o sumă de bani (stipendie) necesară cheltuielilor legate de îngrijirea copilului, în special de nutriția acestuia. Asistenții maternali sunt responsabili cu utilizarea în mod adecvat a stipendiilor. Atunci când este cazul, stipendia poate fi utilizată pe îmbrăcăminte, încălțăminte, rechizite, multi - vitamine sau alte medicamente, iar dacă este vorba de un nou - născut - lapte praf. “Alături de Voi” poate oferi asistență financiară în cazuri speciale, ca de ex. îngrijire medicală. Toate situațiile speciale trebuie să fie analizate de către asistentul social împreună cu supervisorul de caz.

În momentul plasamentului, copilul primește seturi de îmbrăcăminte, încălțăminte, rechizite, cumpărate de organizație, după care familia va acoperi costurile pentru îmbrăcăminte suplimentară din stipendia lunară, exceptând cazul în care fundația are donații disponibile pentru asistenții maternali.

2.11. Încetarea plasamentului

Plasamentul poate înceta din următoarele motive:

- Copilul este reintegrat în familia sa biologică;
- Copilul este luat din familia de îngrijire atunci când actuala familie nu îndeplinește nevoile copilului sau dacă a existat o modificare a situației familiei (boală sau deces în familia de îngrijire; familia se mută în alt județ);
- Decesul copilului. În această situație, fundația va sprijini familia de îngrijire pe parcursul procesiunii funerare, iar toate cheltuielile de înhumare sunt suportate de fundație. În situația în care planul de viitor al copilului era reintegrarea, cheltuielile de înhumare sunt acoperite de familia biologică. Fundația poate oferi asistență financiară dacă se constată că familia nu poate rezolva singură situația. De asemenea, fundația va sprijini familia asistentului maternal pe parcursul procedurii funerare și pentru obținerea următoarelor acte: certificat constatator al decesului, înregistrarea decesului, certificat de deces, autorizație de înhumare, iar pentru copiii de până la un an este obligatorie notificarea Parchetului.

Proceduri de scoatere din plasament / încetarea plasamentului pentru copiii care pleacă din îngrijirea asistentului maternal

La fel ca și la intrarea copilului în familia asistentului maternal profesionist, plecarea sa trebuie să fie un proces gradual, desfășurat cu parcurgerea aceluiași etape ale procesului de acomodare menționate anterior. În situații de urgență, când acest lucru nu este posibil, se va alege soluția cea mai securizantă pentru copil.

Scoaterea din plasament se face fie la biroul fundației, fie la domiciliul asistentului maternal. În cursul procesului de încetare a plasamentului, asistentul social întocmește un raport final de evaluare, care va fi înaintat Comisiei pentru Protecția Drepturilor Copilului.

2.12. Servicii de urmărire postplasament

După ce copilul pleacă din asistență maternală, cazul este urmărit timp de șase luni de către asistentul social de pe programul de îngrijire familială temporară. Acest aspect este valabil în cazurile de reintegrare. Vizitele scad din intensitate treptat, iar familia este pregătită pentru încetarea relației cu asistentul social, respectiv organizație. De asemenea se urmărește conectarea familiei la resursele comunitare existente.

2.13. Documentarea scrisă

Înregistrarea cazurilor este un element de bază pentru activitatea practică de asistență socială. Documentarea scrisă a cazurilor trebuie să fie continuu menținută și actualizată. Arhivele cazurilor oferă o imagine continuă a activităților asistentului social legate de îngrijirea pe termen lung, legătura acestuia cu solicitanții pentru asistență maternală, familiile de îngrijire și copiii plasați; progresul cazurilor și planificarea cazurilor. Documentația cazurilor poate fi folosită în scopuri juridice, de ex. în procedurile legate de custodie, declararea abandonului etc. Un asistent maternal este sprijinit de către fundație, și nu numai de către asistentul social din programul de îngrijire pe termen lung.

Astfel, dacă asistentul social al programului de îngrijire familială pe termen lung este bolnav, absent, în concediu sau își dă demisia, organizația trebuie să fie capabilă să continue din punctul în care asistentul social a întrerupt procedura. Asistentul social din programul de îngrijire familială pe termen lung și directorul de centru au nevoie de asemenea să-și consulte periodic înregistrările referitoare la caz, pentru a urmări evoluția cazului pe o anumită perioadă de timp. Înregistrările pot fi studiate de supervisor pentru a identifica punctele forte ale asistentului social și domeniile în care este nevoie de îmbunătățiri. Documentația cazului este folosită de

supervizor ca mijloc de urmărire a realizării obiectivelor de performanță ale asistentului social. Înregistrarea poate fi, de asemenea, un mecanism de evaluare a aptitudinilor asistentului social și de îmbogățire a acestor aptitudini referitoare la conducerea cazurilor de îngrijire temporară. În plus, documentația întocmită într-un mod adecvat conține o mulțime de informații, necesare rapoartelor statistice lunare, indicând numărul copiilor deserviți și numărul de asistenți maternali din sistem.

Dosarele de îngrijire familială pe termen lung conțin rapoarte pertinente despre asistentul maternal și acte ale acestuia și ale copilului plasat, incluzând înregistrarea activităților cazului și comunicările legate de caz. Dosarul familiei include: formularul de înscriere, evaluarea psihosocială a asistentului maternal, hotărârea de încredințare și atestatul de asistent maternal profesionist, consimțământul părinților biologici (atunci când este cazul), contractul de colaborare dintre fundație și asistentul maternal, informații despre matching-ul dintre copil și asistentul maternal sau hotărârea de încetare a plasamentului în cazul reintegrării în familia biologică.

Dosarul copilului include: copia certificatului de naștere, certificarea faptului că procesul de declarare judecătorească a abandonului se află pe rol la tribunal, acordul medicului infecționist cu privire la plasamentul copilului, adeverința medicală; certificatul de încadrare într-un grad de handicap (accentuat sau grav); raportul de evaluare, consimțământul familiei biologice, raportul asupra dezvoltării psihomotorii a copilului și toate informațiile referitoare la situația socială și juridică a copilului (acte juridice, scrisori oficiale etc.).

În plus, asistentul social menține la zi o listă a familiilor de îngrijire familială din sistem în așteptare sau cu copii, și anume:

- Familii recrutate;
- Familii aprobate;

- Familii neaprobatate;
- Familii care au fost închise, au ieșit din sistem, fie s-au retras.

Înregistrările referitoare la îngrijirea familială temporară sunt confidențiale, informațiile pot fi furnizate numai autorităților în domeniu, de exemplu, la solicitarea Direcției Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului.

Cap. II. Roluri și responsabilități

Îngrijirea familială pe termen lung presupune munca într-o echipă multi-disciplinară. Este esențial ca rolurile și responsabilitățile celor implicați (autorități publice, organizația, asistentul maternal) în program să fie delimitate clar, astfel încât, serviciile să poată fi furnizate în mod eficient.

1. Rolul și responsabilitățile autorităților publice

Rolul Serviciului public specializat pentru protecția copilului este acela de a propune Comisiei pentru Protecția Drepturilor Copilului măsurile de protecție a copilului aflat în dificultate și de a asigura aplicarea acestora. CPC-lui îi revine sarcina de a soluționa cazurile cu privire la copiii aflați în dificultate.

Responsabilitățile autorităților publice sunt:

- Atestarea asistenților maternali folosind informațiile oferite de asistentul social al Serviciului public specializat sau al fundației care s-a ocupat de caz;
- Plasarea copilului la asistentul maternal și urmărirea plasamentului în parteneriat cu asistentul social al fundației atunci când este cazul;
- Menținerea unei legături strânse cu asistenții sociali ai organismelor private autorizate urmărind interesul superior al copilului;
- Referirea către organismele private autorizate a copiilor care necesită plasarea la asistentul maternal, precum și a persoanelor care doresc să devină asistenți maternali în vederea creării unei rețele de asistenți maternali și a unui sistem eficient de protecție a copilului.

2. Rolul și responsabilitățile asistentului maternal

Rolul principal al familiei de îngrijire este de a înlocui părinții copilului aflat în îngrijirea lor, temporar sau pe o perioadă nedeterminată. Astfel, ei oferă îngrijire și supraveghere zilnică în vederea dezvoltării armonioase - fizice, sociale, cognitive și emoționale - a copilului. De asemenea, ei trebuie să asigure integrarea copilului în familia lor și în societate, aplicându-i un tratament egal cu ceilalți membri ai familiei.

Este foarte important ca asistenții maternali să-și cunoască responsabilitățile pentru a se construi mai ușor o relație de echipă cu reprezentantul fundației și pentru a se oferi o îngrijire de calitate copiilor aflați în plasament.

Responsabilitățile asistentului maternal sunt:

- Să cunoască programul de îngrijire pe termen lung și procedurile sale;
- Să se prezinte la controlul medical, iar când sunt prezente infecții intercurrente în evoluția bolii să solicite serviciile medicului specialist în îngrijirea căruia se află copilul. În același timp, să se prezinte periodic la spital pentru tratament și să respecte cu strictețe recomandările medicului specialist în supravegherea căruia se află copilul; să-l informeze despre noile modificări apărute în simptomatologia bolii. De asemenea, asistentul maternal are obligația să anunțe fundația pentru orice situație medicală de urgență;
- Să mențină un climat sănătos și securizant în familie în vederea protejării copilului de factorii nocivi care pot favoriza apariția infecțiilor oportuniste;
- Să colaboreze cu asistentul social și cu fundația, aducând la cunoștință orice informație referitoare la evoluția stării de sănătate și modul în care s-a adaptat în familie și comunitate;

- Să participe la cursurile de instruire referitoare la îngrijirea pe termen lung oferite de fundație;
- Să colaboreze cu părinții biologici și să fie de acord cu întâlnirile acestora în prezența asistentului social;
- Să participe la toate întâlnirile legate de program, la solicitarea fundației;
- Să păstreze confidențialitatea informațiilor pe care le primește cu privire la copilul plasat / încredințat;
- Să prezinte anual Comisiei pentru Protecția Drepturilor Copilului un certificat medical din care să rezulte că starea sănătății lui și a persoanelor cu care locuiește permite continuarea desfășurării activității în calitate de asistent maternal profesionist.
- Asistenții maternali lucrează în echipă cu asistenții sociali ai fundației și cei ai autorităților publice.

3. Rolul și responsabilitățile Fundației „Alături de Voi”

Rolul Fundației „Alături de Voi”, în conformitate cu obiectivele sale, este acela de a oferi servicii de calitate atât pentru asistentul maternal cât și pentru copilul plasat. Scopul este de a asigura un cămin permanent pentru fiecare copil seropozitiv abandonat sau la risc.

Responsabilitățile Fundației „Alături de Voi” sunt:

- Recrutarea, selectarea și aprobarea familiilor de îngrijire pe termen lung, adecvate pentru program;
- Organizarea de cursuri de instruire pentru asistenții maternali;
- Oferă sprijinul necesar pentru copiii plasați și familiile de îngrijire pe termen lung (cheltuieli legate de întreținerea copilului, echipamentul de plasare);
- Oferă servicii de consiliere a copilului și a asistentului maternal;

- Monitorizează postplasamentele prin vizite la domiciliu, întâlniri periodice;
- Culege informații privind relația copil - asistent maternal de la domiciliul acestuia, de la primăria de domiciliu, cunoscuți, vecini, unități școlare, sanitare sau de la altă sursă care poate asigura informații care conduc la susținerea propunerii de menținere sau încetare a contractului de muncă;
- Întocmește periodic rapoarte scrise despre dezvoltarea copilului plasat;
- Asigură confidențialitatea informațiilor referitoare la familie și copil;
- Asistă familia la obținerea drepturilor legale;
- Reprezintă familia de îngrijire pe termen lung în fața autorităților locale.

CAP. III. Relaționare

Pentru ca serviciile oferite să fie eficiente trebuie să ținem cont și de legăturile care se stabilesc între participanții la program. Astfel, trebuie avute în vedere următoarele relații:

1. Asistentul maternal - familia biologică

Familia naturală este mediul optim, privilegiat de dezvoltare și ocrotire pentru orice copil, dar mai ales pentru copilul seropozitiv, deoarece îi asigură o relație afectivă de calitate, stabilă, continuă, dragostea părinților având un caracter miraculos pentru sănătatea lui. Din păcate, de multe ori, viața socială a acestor familii este dramatică și plină de curențe afective. Ele se confruntă cu durerea copilului, cu stările oscilante de sănătate ale acestuia, lipsa resurselor financiare, deteriorarea relațiilor cu ceilalți membri ai familiei, izolarea și stigma societății și chiar teama de moarte. În aceste condiții unele familii nu pot să-și îngrijească copilul - să-i ofere sentimentul de siguranță, iar familia de îngrijire pe termen lung / asistentul maternal reprezintă o alternativă temporară în acest sens.

În situația în care planul de viitor al copilului este reintegrarea (reîntoarcerea în familia biologică), menținerea legăturii cu familia biologică este o condiție majoră a reușitei plasamentului. Asistentul maternal trebuie să fie de acord să colaboreze cu părinții copilului și să accepte ca periodic copilul să se întâlnească cu aceștia fie pe un teren neutru fie la domiciliul asistentului maternal. Familia de îngrijire este cea care împreună cu asistentul social pregătește copilul în vederea reintegrării în familia biologică.

Plasamentul copilului în familia de asistență maternală se face cu acordul scris al părinților copilului.

2. Asistentul maternal – asistentul social

Pentru buna desfășurare a programului este absolut necesar ca între asistentul social al fundației și asistentul maternal să existe o comunicare și o colaborare eficientă. Asistentul maternal trebuie să colaboreze cu asistentul social și cu fundația, aducând la cunoștință orice informație referitoare la evoluția stării de sănătate și modul în care copilul s-a adaptat în familie și comunitate; să participe la cursurile de instruire; să anunțe fundația pentru orice situație medicală de urgență; să participe la toate întâlnirile legate de program; să păstreze confidențialitatea informațiilor pe care le primește cu privire la copilul plasat / încredințat.

Asistentul social al fundației oferă sprijinul necesar pentru copiii plasați și familiile de îngrijire pe termen lung (cheltuieli legate de întreținerea copilului, echipamentul de plasare); oferă servicii de consiliere a copilului și a asistentului maternal profesionist; monitorizează postplasamentele prin vizite la domiciliu, întâlniri periodice; asistă familia la obținerea drepturilor legale; reprezintă asistentul maternal în fața autorităților locale.

3. Asistentul maternal – Direcția Generală pentru Protecția Drepturilor Copilului

Așa cum familia de îngrijire temporară și asistentul social sunt membri ai unei echipe ce urmărește dezvoltarea copilului seropozitiv la fel putem spune că asistentul maternal și Direcția Generală pentru Protecția Copilului colaborează pentru același scop. Astfel, asistentul maternal are obligația să prezinte anual Comisiei pentru Protecția Copilului un certificat medical din care să rezulte că starea sănătății lui și a persoanelor cu care locuiește permite continuarea desfășurării activității în calitate de asistent maternal profesionist.

DGPDC are dreptul oricând să supervizeze derularea plasamentului copilului prin vizite de evaluare psiho-socială la domiciliul asistentului maternal.

DGPDC este instituția abilitată să aprobe plasamentul în regim de urgență a copilului la un asistent maternal.

4. Asistentul maternal – copilul aflat în plasament sau încredințare.

Obiectivul principal al activității profesionale pentru familia de îngrijire temporară îl constituie asigurarea unei dezvoltări armonioase a copilului sub toate aspectele. Familia de îngrijire temporară reprezintă un mediu relativ stabil și coerent, securizant, deosebit de important în evoluția copilului fiind apariția sentimentului de a fi acceptat, și mai mult, de a fi iubit. Asistentul maternal trebuie să iubească copilul, dar fără a-l considera „proprietatea” sa și să înțeleagă că este un profesionist și nu un substitut al mamei. Este de asemenea foarte important să respecte dreptul la identitate și la propria istorie a copilului, să înțeleagă că plasamentul este pe termen lung și poate dura chiar până la decesul copilului. Familia de asistență maternală trebuie să ofere sprijin copilului pentru a depăși experiența traumatizantă a separării sau a pierderii și să înțeleagă situația dificilă care a determinat plasamentul copilului, fără să o judece.

În cazul copiilor instituționalizați, efortul este mult mai complex și mai nuanțat, asistentul maternal trebuind să ofere sprijin copilului pentru a depăși experiența negativă a instituționalizării, pentru a depăși dificultățile emoționale și de comportament.

CAP. IV. Creșterea și dezvoltarea copilului

De la naștere și până la moarte, omul parcurge etape distincte de dezvoltare: copilărie, tinerețe, maturitate și bătrânețe.

Copilăria se caracterizează în special prin creștere și dezvoltare.

Este fascinant să privești un copil cum crește și se dezvoltă. Creșterea și dezvoltarea copilului sunt două procese strâns legate și uneori greu de separat. Creșterea se referă la schimbările în greutate și înălțime, în timp ce dezvoltarea are în vedere creșterea în complexitate a capacităților copilului.

Copilăria are o importanță deosebită în viața omului, deoarece în această perioadă încep să se formeze și să se dezvolte conduitele adaptative fundamentale, să se structureze însușirile de personalitate, să se dezvolte caracteristicile intelectuale, afectivitatea, motivația, atitudinile și sociabilitatea.

Ceea ce omul trăiește în perioada copilăriei, pe plan biologic, psihic și spiritual, va determina toate celelalte stadii ale dezvoltării. Deprinderile dobândite în copilărie îl ajută să devină un adult sănătos.

1. Stadiile de dezvoltare ale copilului

Stadializarea este un proces dinamic, stadiile fiind marcate de o ordine logică de dezvoltare și o succesiune în timp. Caracteristicile fundamentale, bine structurate ale fiecărui stadiu sunt supuse unor serii noi de modificări și restructurări prin trecerea la stadiul următor.

Stadiile parcurse de ființa umană în ciclul vieții, până la vârsta tinereții, sunt următoarele:

1. *Perioada copilăriei (0 -15 ani)* este dominată de procesul creșterii. În această perioadă se realizează integrarea socială prin învățare și prin constituirea de interese vocaționale;

Perioadele copilăriei sunt:

- *Perioada sugară (0-1 an)* presupune o continuă dezvoltare profundă a vieții psihice când se constituie și se consolidează o serie de funcții și însușiri, se organizează conduite cu un caracter tot mai specializat și adaptarea la mediul extern înregistrează progrese evidente de la o perioadă la alta.
- *Perioada antepreșcolară (1-3 ani)* presupune o multitudine de transformări, copilul este relativ adaptat la mediul său imediat, dar are dificultăți când este vorba de mediul social.
- *Perioada preșcolară (3 - 6/7 ani)*. În această perioadă copilul preșcolar traversează etapa cunoașterii, prin lărgirea contactului cu mediul social. Concomitent, se dezvoltă bazele personalității copilului și capacitățile de cunoaștere și comunicare.
- *Perioada școlară mică (6/7 - 10/11 ani)*. În această perioadă se dezvoltă caracteristici importante și se realizează progrese în activitatea psihică, datorită conștientizării ca atare a procesului învățării. În această perioadă învățarea devine tipul fundamental de activitate.
- *Perioada pubertății (10/11-14/15 ani)*. Pubertatea semnifică încheierea primei etape a copilăriei și trecerea în adolescență, perioada în care se găsesc caracteristici biologice și psihologice specifice adultului.

2. *Perioada adolescenței (14/15-18-25 ani)*. În această perioadă se produce o dezvoltare intensă în plan

psihic și se stabilizează structurile de personalitate. Diversitatea dezvoltării psihice generează noi conduite și noi modalități de relaționare cu cei din jur. Adolescentul este un nonconformist și un luptător pentru îndeplinirea dorințelor sale.

2. Câteva principii ale dezvoltării

- Deși toți copiii trec prin aceleași stadii de dezvoltare și creștere, nu toți parcurg aceleași stadii în același ritm. Viteza sau rata dezvoltării depinde în mare măsură de zestrea genetică a fiecăruia, de mediul în care sunt crescuți, de stimularea pe care o primesc dar și de starea de sănătate pe care fiecare o are.
- Un alt principiu al dezvoltării se referă la faptul că diverse domenii de dezvoltare (motor, senzorial, cognitiv, emoțional) nu sunt separate, ele interacționează reciproc. De exemplu, abilitatea unui copil de a se hrăni cu lingurița se bazează pe o serie de abilități motorii, pe coordonarea mișcărilor mâinii cu văzul, dar în același timp este influențată de o serie de caracteristici ce țin de sfera emoțională, ca de exemplu dorința de a fi autonom sau imaginea pe care o are despre sine.
- Al treilea principiu al dezvoltării are în vedere faptul că dezvoltarea este secvențială, ceea ce înseamnă că în dezvoltare există o serie de etape care se succed într-o anumită ordine. De exemplu, un copil nu poate merge independent înainte de a putea sta în șezut și de a-și păstra echilibrul atunci când stă în picioare nesprijinit.
- Deci, în dezvoltarea copilului, se respectă ordinea cronologică a stadiilor, nu poate fi "sărit" nici unul dintre ele, stadiile din perioada copilăriei având o mare

importanță în constituirea bazelor activității psihice și conturarea trăsăturilor de personalitate ce își pun pecetea pe comportamentele viitoare (expresia celor 7 ani de acasă, pe care “ omul îi are sau nu îi are”).

3. Caracteristici ale dezvoltării copilului (perioada 0-3 ani)

În primii ani de viață se produc modificări substanțiale cu o continuă dezvoltare a vieții psihice și consolidare a unor serii de funcții și însușiri, copilul înregistrând progrese evidente de adaptare de la o perioadă de timp la alta.

- ***Perioada 0-1 lună***

Poziția nou-născutului este aceeași ca și înainte de naștere. Capul este de obicei întors într-o parte, corpul urmează întoarcerii capului; brațele sunt așezate lângă corp, în stare de flexie; degetele mâinilor sunt parțial strânse; degetul cel mare este adus spre palmă.

Apucând nou născutul de mâini și trăgându-l ușor în sus și înainte, brațele se mențin în flexie iar capul atârână pe spate. După ce ajunge în poziție verticală șezând, capul cade în față și se clatină într-o parte și în cealaltă. Poziția și mișcările nou născutului sunt aproape simetrice.

Ce îi face plăcere nou născutului: cea mai mare plăcere a lui este să fie cu adultul, în brațele acestuia, să fie legănat, schimbat atunci când este nevoie, să fie îmbăiat și după baie să-și miște liber picioarele, înainte de a fi înfășat.

Ce nu îi place: să-i fie foame sau sete; să fie prea mult sau prea puțin acoperit; să fie înfășat prea strâns; să nu fie schimbat când este murdar; să fie ridicat în aer, în joacă, pentru a fi prins apoi în brațe (acest gen de “distracții” îi provoacă ametele), vocea puternică; fumul de țigară; sunetul radioului sau al televizorului.

- ***Perioada 1-3 luni***

În luna a treia, copilul are aspectul caracteristic sugarului; capul devine mai rotund, buzele de culoare roz, privirea vie. Părul și ochii capătă culoarea adevărată. Sugarul stă în poziție simetrică; capul poate fi mișcat și culcat când pe o parte, când pe alta. Uneori încearcă să facă mișcări de târâre, fără a reuși însă să se deplaseze. Dacă este apucat de mâini, reușește să-și ridice capul, dar acesta mai pendulează într-o parte sau alta.

După ce însă a fost bine ridicat, capul nu mai cade înainte sau înapoi. Copilul întoarce capul și găngurește spontan către persoana care îl privește, râde zgomotos dacă i se vorbește. Interesul pentru joc s-a trezit, deoarece sugarul a început să apuce obiecte cu mâinile. Un clopoțel sau o jucărie sunătoare îi fac plăcere, chiar dacă îi cad din mână. Îl bucură obiecte colorate (roșu deschis, galben, bleu) care fac zgomot.

Ce îi face plăcere: să sugă (sânul, tetina, degetul mare); să privească (jucăria agățată deasupra patului, mâinile lui, tot ce-l înconjoară); să fie ținut și plimbat în brațe; să asculte muzică, să audă vocile celorlalți, iar începând de la două luni să-și exerseze propria lui voce.

Ce nu-i place: zgomotul, să fie bruscat.

- ***Perioada 3-6 luni***

Copilul se poate întoarce de pe spate pe abdomen pe ambele părți, dar preferă una din ele; își apucă picioarele, își pipăie corpul spre a-l recunoaște. Abia la această vârstă extensia completă a membrilor inferioare este posibilă. Între 5 și 6 luni, o mare parte dintre sugari pot sta în șezut pentru scurt timp, necesitând încă un timp până reușesc să stea bine fără nici un sprijin. Se întoarce spre sursa de zgomot și deosebește calitățile sunetelor. Coordonarea mâinilor cu ochii este bună când privește obiectele pe care le ține în mână. Pentru apucarea jucăriilor folosește întreaga palmă, ca un

căuș. Formează silabe din ce în ce mai numeroase ("da, ee, dee, ghe, oo, goo"), le unește în lanțuri și le pronunță ritmic ("da-da, ge-ge, ghe-ghe").

Ce îi face plăcere: să privească alți copii mici, să-și exerseze vocea făcând vocalize pe care le ascultă la nesfârșit și la care îi place să i se răspundă; să stea așezat între perne, dar nu mai mult de zece minute; să ducă obiectele la gură, să lovească și să arunce jucăriile.

Ce nu-i place: să fie lăsat singur, să se plictisească.

- ***Perioada 6-9 luni***

Își întinde bine brațele, trunchiul și membrele inferioare. Din poziția "pe burtă" trece în poziția de "mers în patru labe". Unii dintre ei reușesc să treacă, în jurul vârstei de 8-9 luni, din poziția culcat în cea de așezat. Șezând, copilul are un bun control al trunchiului și al capului. Reușește să se ridice în picioare, apucându-se de marginea patului. Apucă cu tot mai multă ușurință, se "năpustește" cu mâna cu mai multă precizie asupra unui obiect dorit și îl prinde între palmă și degetul mare. Pronunță primele bisilabe ca "tata, dada, mama, papa", imită propriile sunete emise și pe cele pe care le aude. Bate din palme și la comandă, face "pa-pa" sau se joacă de-a "cucu-bau". Coordonarea mișcărilor globilor oculari este bună. Urmărește în toate planurile, nu are strabism.

- ***Perioada 9-12 luni***

Această vârstă este treapta intermediară dintre poziția orizontală și cea verticală, încă instabilă. Perfecționarea se face treptat; dacă în primele luni poziția obișnuită a sugarului era cea de decubit dorsal sau ventral, la 12 luni această poziție se adoptă numai în somn. La 12 luni majoritatea copiilor trec la ortostatism cu sprijin și numai o mică parte dintre ei pot progresa la acest stadiu fără sprijinul adultului.

Unii dintre ei reușesc să facă câțiva pași singuri; dar cea mai mare parte dintre ei preferă să se deplaseze în “patru labe”. Singurele cuvinte cu adresă sunt “mama, papa, tata” celelalte emisiuni verbale rezumându-se la silabe sau cuvinte scurte, fără a fi asociate unui sens anume.

Ce-i face plăcere: să fie înconjurat de familia lui, să primească atenție; să se descopere în oglindă și să bată cu palma în oglindă; să folosească creionul încercând să traseze urme; să bea din cană.

Ce nu-i place: zgomotul, mai ales cel produs de aparate electrice (aspirator, râșniță de cafea, mixer); ceva care-i tulbură obișnuințele sale cotidiene; să fie lăsat cu o persoană străină; să-și aștepte masa sau să fie lăsat singur în fața farfuriei.

- ***Perioada 1-2 ani***

Nevoia de mișcare s-a manifestat încă din perioada de sugar. În cel de-al doilea an de viață această nevoie se accentuează, mersul devine sigur, iar mișcările mâinilor tot mai fine. Expune câteva combinații de stat în picioare, plimbare și mers lateral ținându-se de mobilă. De asemenea poate adăuga alte manevre la mers: se oprește, face semn cu mâna, ține o jucărie în mână. În general la 12-15 luni, copilul este capabil să meargă singur iar la 18 luni poate chiar să fugă, greoi însă și fără a-și mișca prea mult genunchii. La 18 luni poate urca scările treaptă cu treaptă ținut de o mână. La 20 de luni poate să coboare ținut de mâini și chiar să urce scările ținându-se de balustradă. La 24 de luni poate alerga bine, având însă tendința de a cădea des. Copilul devine din ce în ce mai îndemânic; dacă la sfârșitul primului an de viață reușea să apuce obiecte mici cu vârful degetelor, acum poate apuca orice obiect, fie cu toată mâna, fie cu degetele, aducându-l la gură. Copilul se află într-o fază de cercetare, de exersare continuă, resimțită de adulți ca obositoare și chiar supărătoare. El are nevoie de această perioadă de investigații

pentru a avea mai târziu o îndemânare corespunzătoare și o bucurie sănătoasă de viață; de asemenea el are nevoie de timp pentru a învăța ordinea din lumea adulților.

În dezvoltarea vorbirii se înregistrează de asemenea progrese mari; de la pronunțarea de sunete, exclamații, cuvinte izolate, copilul va trece la elaborarea de propoziții cu două, trei sau chiar mai multe cuvinte. Pentru a numi un obiect, pentru a avea noțiuni, copilul trebuie mai întâi să înțeleagă.

Ce-i face plăcere: să arunce jucăriile peste marginea patului; să cunoască animalele; să se joace în apă sau cu apă.

Ce nu-i place: să fie lăsat singur; să nu i se răspundă la solicitări.

- *Perioada 2-3 ani*

La vârsta de 2 ani întâlnim următoarele particularități: aleargă fără să cadă; merge cu spatele; urcă și coboară scările dar încă se ține de balustradă; adună obiecte de pe jos fără să cadă; întoarce paginile unei cărți, una câte una; combină jocuri, construiește un turn de 4-6 cuburi; se spală singur pe mâini; se îmbracă, dar încă mai are nevoie de ajutor; mănâncă singur cu lingurița dar nu reușește să o ducă plină la gură; bagajul lingvistic se îmbogățește, copilul reușind să formeze propoziții din trei cuvinte, folosește sistematic "nu", ceea ce îi permite să se opună, apare întrebarea "unde"; începe să povestească; identifică imagini; se joacă aproape de alți copii dar singur – este stadiul jocului paralel, nu există interacțiune cu ceilalți copii, chiar dacă au o activitate identică.

La vârsta de 30 de luni identificăm următoarele elemente: urcă scările alternând picioarele și coboară după ce le aduce pe amândouă; încearcă să danseze dar cu oarecare lipsă de echilibru, construiește un turn de 8-10 cuburi; se îmbracă și se dezbracă singur, având nevoie de ajutor doar pentru încheierea nasturilor; se încalță singur, deosebind încălțăminte stângă de cea dreaptă; îi place să imite

activitățile adultului; trasează linii orizontale sau verticale cu un creion; bagajul de cuvinte se îmbogățește; vorbirea este încă a unui bebe, își spune numele și prenumele; domina întrebările “de ce?”, “cum?”, “când?”.

- *La 3 ani*

Vorbește fluent și cu încredere fără să se sinchisească dacă îl ascultă cineva, se joacă cu alți copii și se socializează progresiv: oricât ar încerca adulții, ei nu pot deveni un partener de joc potrivit copilului: este în plină criză de personalitate și se opune viguros altora pentru a se afirma; încearcă să deseneze imagini, copiază un cerc.

Ce-i face plăcere: să recunoască obiecte în imagini: cana, ursul; să imite activitățile adultului; să privească poze din cărți.

Ce nu-i place: să i se impună anumite activități care depășesc capacitatea lui de înțelegere.

4. Caracteristici ale dezvoltării copilului după vârsta de 3 ani

- *Preșcolarul mic (3 ani- 4 ani)*

La această vârstă copilul are dificultăți de adaptare la mediul grădiniței deoarece este dependent de mama dar și datorită faptului că nu înțelege prea bine ce i se spune și nu știe să se exprime clar.

Principala lui formă de activitate este jocul. Copilul se joacă mai mult singur, jocul practicat de el fiind o repetare stereotipă a unor acțiuni. În general preferă jocurile de manipulare a jucăriilor sau a altor obiecte.

Preșcolarul mic este curios, atras de obiectele din jur, investigativ chiar, observă cu ușurință jucăriile noi, memorează relativ ușor, gândirea este subordonată acțiunii cu

obiectele. Încă nu înțelege prea bine la această vârstă, indicațiile verbale care i se dau.

În plan afectiv este instabil, trece cu rapiditate de la o stare la alta, trăiește foarte intens emoțiile.

La nivelul motricității, manifestă aceeași instabilitate: este neîndemânatic, face mișcări bruște, insuficient coordonate.

Manifestă interes pentru adulți, îi place să fie plimbat de aceștia, în timpul plimbărilor adresează nenumărate întrebări în lanț, fapt care îi exasperează adeseori pe adulți.

- ***Preșcolarul mijlociu (4 ani-5 ani)***

Se adaptează cu mai mare ușurință mediului grădiniței. Preocupările lui devin mai variate, jocul mai bogat în conținut. Începe să-l preocupe ceea ce se întâmplă în jurul lui, întreaga dezvoltare psihică se produce într-un ritm alert.

Se dezvoltă mult limbajul (în această perioadă el achiziționând cam 50 de cuvinte pe lună), capacitate imaginativă și creatoare.

Reacțiile emotive sunt mai controlate și mai în acord cu cerințele educatoarei sau colectivului de copii.

Caracteristic pentru această perioadă este și ritmul accelerat al socializării: el devine mai sensibil la unele evenimente colective din familie, din grădiniță, iar jocurile sale dobândesc un caracter colectiv. La această vârstă se instalează mai evident unele trăsături caracteriale, care constituie nucleul viitoarei personalități.

- ***Preșcolarul mare (5 ani -6/7 ani)***

Se adaptează relativ rapid nu numai la mediul grădiniței, ci și în contact cu orice tip de situație nouă.

La această vârstă, alături de joc, care continuă să rămână activitatea dominantă, își fac loc din ce în ce mai mult și activitățile de învățare sistematică. La grădiniță programul formativ este mai dens, activitățile obligatorii mai numeroase,

cerințele mai susținute. De pe acum începe pregătirea pentru școală, pentru noile responsabilități care îi vor reveni și mai ales pentru competiția școlară căreia va trebui să-i facă față.

Toate acestea schimbă radical atitudinea copilului față de realitatea fizică și umană în care trăiește. El își va organiza mai bine propriile activități, manifestă o atitudine critică față de ele, deci, capacitatea lui psihică suferă modificări importante.

Limbajul capătă o structură mai încheată decât în etapele anterioare fiind construit după regulile gramaticale; apar primele forme ale gândirii logice; sunt utilizate unele procedee de memorare; etc.

Preșcolarul mare dispune de mai multă forță și agilitate, chiar și de capacitatea de a se inhiba. Se adaptează ușor, se atașează repede, opoziția față de adult oscilează cu tendința de reconciliere cu acesta.

Organizarea structurilor psihocomportamentale, inserția mai bună în mediul social constituie premise importante pentru intrarea în școală.

- ***Perioada școlară (6/7 ani - 10/11 ani)***

Comparativ cu alte perioade, în mica școlaritate transformările psihice se fac lent și nespectacular, dar ele sunt fundamentale pentru evoluția ulterioară a copilului.

La 6-7 ani, copilul este total absorbit de problemele adaptării la mediul social, în special de problemele adaptării școlare și ale învățării. Învățarea citit-scris și a calculelor elementare constituie achizițiile de bază ale acestui moment. În viața copilului, învățătorul joacă un rol important, el fiind considerat reprezentantul societății care veghează la exercitarea regulilor societății și școlii.

Legat de preocupările copilului, se constată faptul că deși jocul își pierde din importanță, acesta este încă activ, mai cu seamă pe linia respectării regulilor jocului colectiv. Se

organizează conduita colectivă prin care copilul dezvoltă spiritul de echipă și conștientizează ideea de cinste și obligativitate.

În vorbirea copilului se întâlnește folosirea frecventă a superlativului în descrierea de situații și întâmplări petrecute în jurul lui. Manifestă curiozitate față de mediul extrașcolar și stradal, explorările pe care le face copilul pentru cunoașterea mediului înconjurător sunt facilitate și de dezvoltarea motricității și a rapidității reacțiilor. El dă impresia că este tot timpul grăbit, manifestă o relativă instabilitate motrică, fapt reflectat și în aranjarea neglijentă a lucrurilor, a servirii mesei în fugă etc.

Este sensibil la ignorare și se supără repede, dar și uită în scurt timp.

În jurul vârstei de 8 ani și după, dorința de a cunoaște cât mai mult, interesul pentru competiție, plăcerea de a primi recompense (note bune, laude) și de a fi pe placul învățătoarei și a părinților îl mențin într-o stare activă, adeseori cu interese ce capătă un contur tot mai pronunțat. Curiozitatea de cunoaștere este mare la această vârstă, acum copilul este capabil de un efort voluntar susținut, ceea ce îl face să fie mai atent la comportamentele sale și ale altora, să se autoevalueze corect în raport cu alții, să devină mai independent în conduitele sale.

În toate activitățile școlare, cât și în cele legate de igienă, de autoservire, în comportamentele generale se formează o serie de deprinderi și abilități ce facilitează desfășurarea acestora cu un efort redus. Multe din aceste deprinderi, în care sunt implicate componentele motrice și psihomotrice sunt destinate desfășurării scris-cititului, a calculului matematic, a utilizării corecte a regulilor gramaticale, a folosirii diferitelor instrumente de măsurat, de rezolvare a problemelor etc. Unele din aceste deprinderi stau la baza priceperilor intelectuale ce contribuie la succesul în învățare.

- *Perioada pubertății (10/11 ani- 14/15 ani)*

Pubertatea (ca și adolescența) se caracterizează prin trecerea spre maturizare și integrare în societatea adultă. Această perioadă a pubertății este dominată de procesul de creștere și maturizare sexuală intensă, foarte diferit de la caz la caz ca moment de declanșare și durată. Exemplu:

Etapa de vârstă 10-12 ani exprimă o accelerare și intensificare din ce în ce mai mare a creșterii (staturale mai ales), concomitent cu dezvoltarea pregnantă a caracteristicilor sexuale secundare (aparitia pilozității axilare, pubiene). Fetele au creșterea mai accentuată la această vârstă în comparație cu băieții, la ei fiind evidentă mai târziu, între 12-16 ani.

Conduitele copilului se încarcă de stări conflictuale ce se pot centra pe efectele momentelor de lene care duc la pedepse atât în familie, cât și în școală.

Activitatea fundamentală pentru perioada pubertății, rămâne învățarea și instruirea teoretică și practică. Intrarea într-un nou ciclu de școlarizare cu noi cerințe și solicitări constituie o schimbare generală a cadrului de desfășurare a învățării școlare. Totodată, crește integrarea în grupul de copii de aceeași vârstă în care el se simte nu numai securizat, dar și puternic, plin de inițiative. Încep să apară diferențieri subtile în conduitele din clasă, se creează o discretă distanțare între fete și băieți și o competiție, încărcată de forme ușoare de rivalități între aceștia. De obicei, fetițele sunt mai disciplinate și mai dezvoltate din punct de vedere fizic. O dată cu intensificarea ritmului de creștere și la băieți duce la apariția de momente mai numeroase de neatenție ce au tendința de a se exprima prin mai puțină disciplină, distragere în ore, pierderea timpului de făcut lecții, refuzarea unor mici sarcini familiale sau școlare. În aceste condiții, reacțiile de sancționare sunt privite ostil. De altfel, se organizează treptat o modificare mai de fond a întregii conduite.

Copilul începe să fie din ce în ce mai absorbit de petrecerea timpului cu prietenii și colegii săi, începe să-și

manifeste mici refuzuri de a participa cu familia la mici ieșiri ale acesteia, preferând copiii. Influențele și sistemul de cerințe al vreunuia dintre membrii familiei se devalorizează, relativ pentru copil în această perioadă.

Între 12 ani-14/15 ani pubertatea este dominată de puseul de creștere. Maturizarea sexuală se pune în evidență prin apariția pilozității, creșterea organelor sexuale, modificarea vocii și începutul funcționării glandelor sexuale.

În plan psihologic, aceste fenomene determină trăiri tensionale, confuze și stări de disconfort. Trăirile respective sunt intensificate și de prezența acnelor, a transpirațiilor abundente și mirositoare, a sensibilității pielii în emoții, a stângăciei în mișcări și a unei coordonări reduse a acestora.

La băieți, se manifestă o schimbare în conduite prin extinderea lor exagerată, adeseori o impertinență cu substrat sexual și cu agresivitate în vocabular.

Fetele sunt dominate de conduite timide și exuberante, de afecțiuni și idealizare de eroi și personaje inaccesibile. Odată cu descoperirea efectelor feminității asupra sexului masculin, tânăra devine mai stăpână pe sine, dispăre complexul de inferioritate și manifestă deschidere sentimentală cu note pronunțate de curiozitate.

În această etapă se accentuează fenomenul de erotism, care implică emoții puternice, trăiri interne, atitudini sincere față de sexul opus. Erotismul se derulează sub forma „dragostei platonice”, în care sensibilitatea și iubirea imaculată ocupă un loc central fără, însă, să se excludă atracția corporală ce amplifică întreaga stare a puberului în momentul când este atins de o persoană de sex opus. Dat fiind faptul că la această vârstă organele genitale devin funcționale, sexualitatea este tot mai des implicată și aceasta își pune amprenta asupra intensității trăirilor fiziologice și psihologice cu efecte nemijlocite asupra comportamentului. Acum, instinctul sexual poate deveni activ ca urmare a maturizării organelor sexuale, iar sexualitatea poate îmbrăca forma masturbației, deseori cu

consecințe negative pentru planul evoluției psihologice a tânărului.

În relațiile cu părinții, stările afective pot fi tensionate ca urmare a opoziției și culpabilității, dar se menține dorința de a găsi disponibilitatea atitudinală pozitivă. Cu toate instabilitățile, el simte nevoia de afecțiune și de ocrotire din partea părinților în paralel cu dorința manifestată de independență.

- *Perioada adolescenței (14/15 ani-18-25)*

Această perioadă se caracterizează printr-o dezvoltare intensă în plan psihic fiind o etapă de stabilizare a structurilor de personalitate.

Mai ales în prima parte a perioadei, adolescentul, în plan comportamental, oscilează între copilărie și maturitate, visează și este preocupat de viitor, trăiește intens sentimental, dar este labil în relațiile cu sexul opus, este dornic de a ști și a învăța, dar efortul depus nu este prea constant, este nemulțumit de alții, dar față de sine adoptă un ușor narcisism. Treptat, dezvoltarea psihică, îl maturizează îndeosebi sub raport social și cultural, îl face să devină avid de cunoaștere și de participare cu responsabilitate, în deplină cunoștință de cauză, la activități cu caracter social; se antrenează în elaborarea de lucrări originale în literatură, artă, știință, tehnică.

Diversitatea dezvoltării psihice generează noi conduite și noi modalități de relaționare cu cei din jur, forme originale de înțelegere și adaptare.

Traversarea acestei perioade nu se face în mod lent, dimpotrivă tensionat, adeseori cu existența unor conflicte și trăiri dramatice, cu frământări interne pentru găsirea surselor de satisfacere a elanurilor, a aspirațiilor și cu tendința de a evita teama față de piedicile ce se pot ivi în realizarea proiectelor sale de viitor.

Adolescentul este un nonconformist și un luptător activ pentru îndeplinirea dorințelor sale, un original în adaptarea soluțiilor urmărite, în modul de a privi și de a se adapta la lumea înconjurătoare.

Transformările din planul fizic, deși nu sunt spectaculoase, imprimă caracteristici stabile, asemănătoare adultului.

Perioada de vârstă cuprinsă între 16 ani-18 ani este centrată pe o intelectualizare intensă, pe îmbogățirea experienței afective și structurarea conduitelor ca însemn al personalității complexe. Notele personale și specifice se exprimă în atitudini de independență și în îndeplinirea unor responsabilități prin care adolescentul să se poată afirma și autodepăși. Adolescentul afișează o demnitate bazată pe valorile culturale și morale, în care încearcă să demonstreze simț critic și originalitate. Expansiunea personalității se realizează prin socializarea aspirațiilor, a manifestării vocaționale și profesionale devenind dornic de confruntare și competiție.

Perioada de vârstă cuprinsă între 18 ani-25 ani se evidențiază prin faptul ca adolescentul (tânărul) dobândește în bună măsură independența sau este pe cale de a fi dobândită, ceea ce duce la dezvoltarea personalității și afirmarea tânărului prin stiluri personale în conduite. Interesul pentru viața social-culturală crește și se nuanțează, ca și pentru dobândirea unui statut profesional cât mai complex.

În îmbrăcăminte și comportament se adoptă atitudini moderniste. Se trăiește intens sentimental, deși se manifestă o anumită instabilitate în plan afectiv. În același timp, se învață rolul sexual și au loc angajări matrimoniale, ceea ce duce la adoptarea de noi responsabilități legate de întemeierea unei familii.

CAP. V. Comunicarea diagnosticului copilului infectat HIV

1. Particularități ale dezvăluirii diagnosticului

Copilul seropozitiv care va fi plasat în regim de asistență maternală poate proveni dintr-un centru de plasament sau dintr-o familie aflată în situație de criză. În ambele situații el își poate cunoaște statutul de seropozitiv, îl poate bănuși sau pur și simplu poate să nu cunoască faptul că este infectat HIV. În cazul în care responsabilitatea de a comunica diagnosticul copilului revine asistentului maternal este necesar să se urmărească mai multe aspecte care au o importanță majoră, definitivă fiind grija de a proteja persoana infectată.

Astfel, copilul poate să afle despre boala sa întâmplător sau i se poate răspunde la întrebările pe care le pune sau i se poate comunica (în acest caz este important de către cine, când, unde și cum). Nu există o singură modalitate corectă de a comunica diagnosticul, deoarece fiecare situație este unică, iar purtătorul veștilor rele este tot timpul pus în situația de a răspunde nevoilor persoanei infectate. Alegerea de a dezvălui copilului diagnosticul permite familiei ce-l are în îngrijire să controleze circumstanțele în care copilul învață despre boala sa. Este important să poți decide ca părinte foster când, ce și cum poți să-i spui copilului și să-i prezinți informațiile în modul cel mai sigur și degajat.

Sinceritatea nu înseamnă să spui copilului direct că el nu se va vindeca niciodată, ci înseamnă să-l faci conștient de faptul că are o boală gravă, că e nevoie să lupte pentru sănătatea lui și că toți cei dragi lui îi sunt alături în această

luptă. Sunt însă momente critice peste care trebuie să treacă o astfel de mărturisire, momente când copilul caută răspunsuri pentru întrebările lui: "Pentru cât timp mai trebuie să iau medicamentele?", "Când o să mă vindec?", "O să mor din cauza aceasta?". În aceste momente, copilul are nevoie de o persoană apropiată care să-i fie alături și să-i răspundă onest și pe înțelesul lui la toate întrebările.

Există încă numeroși părinți care manifestă reticență în a-i vorbi copilului despre seropozitivitatea lui, datorită contextului particular al acestei boli. De cele mai multe ori, copilului i se spune că suferă de o altă afecțiune, probabil una asociată în cadrul infecției HIV. Indiferent de argumentele părinților împotriva deciziei de a comunica diagnosticul, specialiștii sunt de părere că este indispensabil să i se dea copilului explicații despre boala sa și că, la un moment dat, este bine să fie denumită.

DE CE?

Copilul are nevoie să știe despre starea sa pentru a fi pregătit pentru orice situație. El trebuie pregătit pentru a rezista remarcilor discriminatorii, bolilor, fricii, procedurilor medicale dureroase, pentru a conștientiza gravitatea bolii. Discuțiile sincere despre boală vor permite copilului să-și exprime frica, să pună întrebări și să spună adulților când îi este rău și are nevoie de ajutor.

Cel mai traumatizant, mai dureros mod în care copilul poate afla despre faptul că este infectat îl constituie *modul întâmplător*, din adeverințe sau fișe medicale, dar mai ales din discuția unor persoane sau de la unele persoane supărate pe copil sau familia sa și care "îi aruncă în față adevărul".

Pe de altă parte, copilul poate deveni victimă și pentru că *este lipsit de informații esențiale pentru el*, iar această

necunoaștere poate determina puternice stări de stres. De exemplu, copilul își vede părinții triști. Aude discuții despre el, atât în casă cât și în spital. Ce gândește în acest caz copilul? “Părinții mei suferă foarte tare din cauza mea” – apare *învinovățirea*. În plus, mai devreme sau mai târziu copilul va sesiza existența unei conspirații, căreia îi va da probabil o interpretare greșită. El vede, dar mai ales simte că ceva nu este în regulă: vizite dese la medic, analize repetate, tratamentul continuu pe care este obligat să-l ia, spitalizarea îndelungată, ochii îngrijorați și deseori foarte triști ai părinților, faptul că într-o zi se simte foarte obosit și nu mai poate alerga așa cum o făcea până nu demult. Din toate acestea apar întrebări, mirări, îngrijorări, care rar se traduc în cuvinte, pentru că în întâmpinarea lor nu vin decât priviri jenate, înfricoșate sau evitante. De aici – *neîncredere, teamă, anxietate*.

Chiar și copiii foarte mici rezonază afectiv cu părinții lor. Funcționează aici principiul absorbirii prin contaminare, copilul preluând starea afectivă a părintelui și interiorizând-o. Ulterior, va exterioriza această stare preluată nu numai de la părinte, ci și de la alte persoane semnificative pentru el.

Aflarea diagnosticului după o perioadă mai îndelungată de timp produce un *șoc brutal copilului*, care are astfel impresia că a fost înșelat și nu mai are încredere în părinți. Secretul este nefast. Mai mult, dacă nu știe care este boala sa copilul *nu va acorda importanța cuvenită nici tratamentului și nici protecției*.

CÂND?

Primul criteriu de care trebuie să se țină seamă în dezvăluirea diagnosticului și explicarea bolii de care suferă copilul se referă la *particularitățile de vârstă*.

Majoritatea părinților păstrează diagnosticul secret față de copilul infectat HIV, invocând argumentul fie că vârsta este

prea fragedă pentru a afla, fie pentru că dezvăluirea l-ar afecta foarte mult.

Luând ca punct de plecare stadialitatea propusă de Jean Piaget, psiholog elvețian și creator al unei școli psihologice renumite, considerăm ca în primele două stadii ale dezvoltării, cel senzorio-motor (0-2 ani) și stadiul preoperațional (2-7 ani), comunicarea informațiilor privitoare la boală este limitată de nivelul de înțelegere al copilului.

Copiii cu vârste mai mici de 7 ani nu pot înțelege conceptul de boală ireversibilă. El însă este capabil să înțeleagă multe lucruri despre starea lui de sănătate. Atunci când copilul întreabă de ce trebuie să meargă atât de des la medic sau de ce trebuie să ia medicamente despre care alți copii nu știu nimic, părinții pot răspunde, de exemplu, că unii copii se nasc mai puternici și mai sănătoși, iar alții mai sensibili. Cei care sunt mai sensibili au nevoie de medicamente și de medic pentru a crește sănătoși. De aceea trebuie să-și ia medicamentele la timp, să îi asculte pe părinții lor și pe medic.

Perioada 7-12 ani se înscrie în stadiul operațiilor concrete. În perioada școlară mică stadiul gândirii este concret, iar informațiile comunicate trebuie să fie în concordanță cu nivelul de înțelegere al copilului. Copilul poate înțelege că boala este localizată în interiorul corpului, în timp ce cauza este exterioară acestuia. În lipsa dialogului cu părinții el poate primi informațiile de la altcineva și le poate interpreta sau judeca în mod greșit. La această vârstă copiii știu să citească și în spital este scris des cuvântul "SIDA". De asemenea, este posibil ca el să discute cu alți copii care știu despre boală sau pur și simplu poate afla de la un coleg de școală. Sunt situații în care copilul știe că "are SIDA", chiar

dacă, de fapt, el este doar infectat cu HIV, dar crede că, dacă ar vorbi cu părinții despre boală i-ar supăra mult. El ascunde, tace, dar treptat devine tot mai retras sau violent. Dacă el află de la o persoană în care are încredere și dacă înțelege clar despre ce este vorba poate să accepte mai ușor și să nu sufere.

Relevant în acest sens este cazul unei fetițe care află despre boala sa din biletele de ieșire din spital ascunse de către mama sa în spatele unui tablou de pe perete.

Fetița a auzit vorbindu-se despre boala SIDA și a văzut copii murind în spital de această boală dar, totuși, nu are curajul să-și întrebe mama mai multe aspecte legate de acest lucru. Deși mama cunoaște faptul că fetița a aflat adevărul nu deschide niciodată acest subiect dureros. O singură dată s-a întâmplat când fetița și-a întrebat mama dacă ea are boala SIDA. Mama i-a confirmat acest lucru, spunându-i totodată că nu va muri de această boală. Din discuțiile purtate în mod individual cu mama și fetița, asistentul social a sesizat importanța și necesitatea unei discuții deschise între cele două. Chiar dacă intervenția asistentului social este importantă în acest caz, comunicarea cu copilul, încurajarea și suportul oferit de părinte este esențială în evoluția stării emoționale a acestuia.

De la 12 ani (perioada 12 -15/18 ani este considerată a fi stadiul operațiilor formale) copilul este capabil să înțeleagă mecanismul contaminării, poate prevedea coexistența mai multor cauze responsabile. El are nevoie de informații mai sofisticate: cunoașterea numelui bolii sale și a elementelor istoricului său, devine o nevoie indispensabilă. Pe de altă parte, la aceasta vârstă este cu atât mai necesară informarea cu privire la boală cu cât există posibilitatea ca virusul să fie transmis și pe cale sexuală, în cazul în care persoana seropozitivă și-a început viața sexuală. Copilul preadolescent

și adolescent va avea întrebări legate de dezvoltarea corpului său și de viața sexuală. Discutând cu el despre sexualitate înseamnă că părintele sau persoana care-l are în îngrijire nu trebuie să-l sperie și nici să-l determine să înceapă prea devreme viața sexuală. Începând cu această vârstă trebuie înfruntat riscul de transmitere a infecției HIV prin intermediul raporturilor sexuale.

Este bine să înțeleagă că modificările aspectului fizic sunt o etapă în dezvoltarea sa către maturitate și că raportul cu sexul opus este esențial pentru propria-i dezvoltare. Acest raport, însă, presupune respect. Pentru a fi fericit, copilul trebuie învățat să-și privească propriul corp ca pe o resursă care să nu fie risipită, ci valorificată într-o activitate completă și matură. Persoanele seropozitive pot avea o viață afectivă normală, dar trebuie ținut cont că un raport complet și neprotejat poate transmite infecția HIV.

Este important ca o persoană seropozitivă să-și respecte partenerul, să-l informeze despre infecția sa, și astfel să participe la luarea deciziilor ulterioare.

Un alt criteriu care poate influența dezvăluirea este și *momentul infectării* (copilul s-a născut infectat, a fost infectat la vârsta de sugar sau infecția a survenit la o vârstă mai mare). În acest sens, copilul născut cu infecția HIV va înțelege multe lucruri privind starea lui de sănătate de la o vârstă foarte fragedă, deoarece observă că merge la vizite medicale mai des decât alți copii de aceeași vârstă și că face tratamente despre care alți copii nu știu nimic. Poate că nu cunoaște denumirea bolii, dar știe înainte de a-i spune părinții că este bolnav. Cu cât vârsta copilului este mai mică, cu atât informațiile pe care părinții i le dau despre boală trebuie să fie mai simple și adecvate nivelului de înțelegere al copilului.

Ținând cont de aceste aspecte, în dezvăluirea diagnosticului este util să ne conducem după principiul "*mai degrabă mai devreme decât prea târziu*". Studiile realizate în

domeniu arată că acei copii care au suferit de boli grave și care au știut din vreme diagnosticul s-au adaptat mai bine decât copiii care au aflat adevărul despre ei cu mult mai târziu.

În funcție de persoana care inițiază dezvăluirea, aflarea diagnosticului poate să fie făcută:

- la inițiativa copilului, caz în care dezvăluirea se numește reactivă;
- la inițiativa adultului, situație în care dezvăluirea este proactivă.

Cei mai mulți specialiști sunt de acord ca în situația în care copilul bănuiește diagnosticul iar întrebările pe care le pune sunt directe, atunci el este pregătit să afle adevărul. Chiar dacă dezvăluirea este un răspuns la preocupările copilului, diagnosticul trebuie totuși comunicat cu precauție, nefiind excluse reacții “imprevizibile”.

Prin tehnica pașilor mărunți, dezvăluirea va fi făcută gradual și progresiv, fiecare pas relevând puțin câte puțin din conținutul informațiilor pe care adultul i le va da copilului. Sprijinul emoțional poate fi dat atât verbal, cât și nonverbal.

CINE?

Copiii se simt cel mai bine în prezența celor cu care au o relație continuă bazată pe încredere și care oferă siguranță și protecție. De obicei, dar nu în toate cazurile, această persoană este un *părinte*.

Nu este ușor, ca părinte, să inițiezi o discuție cu copilul tău, care este infectat. Și asta pentru că în cele mai multe situații părinții sunt și ei afectați într-un fel sau altul de boala de care suferă copilul. De aceea, este necesar ajutorul unui *profesionist cu experiență* care să-i ajute în astfel de dezvăluiri. Acest profesionist, care de cele mai multe ori este psihologul sau asistentul social, poate dezvolta suport emoțional și poate

lămuri orice informație de care copilul are nevoie. El poate încuraja copilul să împărtășească gândurile și sentimentele, folosind întrebări deschise. Răspunsurile și atenția acordate copilului îi vor întări sentimentul că ceea ce simte este luat în serios.

UNDE?

În cazul în care comunicarea diagnosticului este proactivă, deci este planificată și inițiată de adult, dezvoltarea este preferabil să fie începută într-un *mediu securizant*, familiar copilului (cel mai bine ar fi la domiciliul său), în care el să aibă multe lucruri personale la îndemână (jucării, cărți etc.). Astfel, locul unde va începe dezvoltarea nu va inhiba copilul în exprimarea sentimentelor, a neliniștilor și în problematizarea situației, contribuind la confortul emoțional al acestuia. Este important pentru copil să știe că pentru dvs. boala lui nu este o povară.

Un alt motiv pentru care copilul este bine să se afle într-un mediu familiar la aflarea diagnosticului este că cei implicați sunt capabili să stea împreună, cel puțin în perioada imediată, fără să fie perturbați în nici un fel. Prezența familiei are rol de suport, deși unii copii mai mari ar putea să fie lăsați singuri în camera lor sau să meargă la plimbare.

CUM?

Procesul dezvoltării diagnosticului poate fi structurat în mai multe etape:

Etapa 1: descoperirea a ceea ce copilul știe sau suspectează:

Atunci când există indicii că diagnosticul este bănuit sau cunoscut de către copil, cea mai recomandată modalitate de a aborda subiectul este de a recunoaște și de a-l invita să

vorbească: “În ultimul timp am remarcat că ai pus multe întrebări despre vizitele tale la spital. Este bine că te interesează acest lucru...”

Alinierea la dorințele și nevoile copilului este necesară la începutul unei dezvoltări reactive (inițiate de către copil), adultului revenindu-i sarcina de a răspunde și comenta întrebările copilului.

În cazul în care copilul nu știe nimic despre ceea ce urmează să fie spus, dezvoltarea poate începe cu următoarea etapă.

Etapa 2: povestind copilului despre boala pe care o are:

Pentru a discuta pe tema infecției sau a bolii sale se poate apela la orice situație sau împrejurare care trezește curiozitatea copilului. Punctul de plecare poate fi o emisiune TV, un articol, o informație primită de la școală sau un text oarecare despre HIV/SIDA.

Informațiile furnizate copilului trebuie să fie actuale: ce s-a întâmplat, ce se întâmplă, ce este de făcut, ce se va întâmpla. Pentru copil este foarte necesar să obțină un sens al situației în care se găsește și să înceapă să facă față acestei situații.

Informația poate să fie dată într-un mod cât mai simplu și mai sensibil, folosind abordarea narativă. Se dau informații scurte și simple, pas cu pas, cronologic. Se poate începe de la experiența personală a copilului, de la ceea ce un copil știe, vede, aude și simte: “Știi că în ultimul timp ai fost destul de bolnav și medicii ți-au făcut unele analize...” Știind ce urmează să se întâmple, copilul este mai pregătit să mediteze la aceste evenimente și la felul în care s-ar putea simți: poate avea loc o suferință anticipată.

În această etapă apare o problemă: *cât de mult din ceea ce urmează să se întâmple ar trebui dezvăluit la un moment dat?*

Copilului trebuie să i se dea explicații în concordanță cu vocabularul și capacitatea sa cognitivă. Unii termeni (în special cei medicali) au nevoie de explicații mult mai prudente, iar stresul poate determina distorsiuni în înțelegerea mesajului. De aceea, adultul trebuie să rămână receptiv la expresivitatea verbală și nonverbală a copilului.

Informația parțială este un nivel intermediar de informare foarte utilizat de către părinți pentru a începe să vorbească unui copil despre infecția sa. Astfel se realizează un compromis între necesitatea copilului de a avea un minimum de repere asupra a ceea ce se întâmplă cu organismul său și preocuparea părinților de a menaja copilul. Este, de asemenea, un mijloc comod de a amorsa dialogul cu prudență, pentru a evalua mai întâi reprezentările copilului despre boală.

Etapa 3: explicații în legătură cu orice altceva vrea copilul să știe:

Copilul trebuie întrebat dacă există orice altceva ce ar vrea să știe și să i se dea posibilitatea de a vorbi despre gândurile și sentimentele sale. Pentru aceasta el trebuie să dispună de timp suficient pentru a medita la vestea pe care tocmai a aflat-o și apoi pentru a vorbi cu adultul.

Etapa 4: venind în întâmpinarea nevoilor și dorințelor copilului:

Toate informațiile și explicațiile ce le primește copilul trebuie să fie ca răspuns la nevoile și dorințele pe care le are acesta. Toți copiii se simt vulnerabili. Cu atât mai mult copilul care tocmai a aflat că este seropozitiv. De aceea, prezența unui

adult de încredere reprezintă o asigurare a apartenenței și securității emoționale. Atenția, mângâierea sunt extrem de confortabile, dar nu pot deveni un substitut al discuției cu copilul.

A povesti copilului despre alți copii care s-au descurcat bine într-o situație similară poate fi de ajutor, dar poate de asemenea crește stresul, determinându-l să se gândească la ceea ce ar trebui să facă el însuși. Tentația de a fi optimist sau tendința de a discuta doar aspectele mai bune ale situației trebuie evitate. De asemenea, strategia de a răspunde copilului cu unele speranțe nerealiste sau cu anumite părți din adevăr este de cele mai multe ori inefficientă, pentru că poate deveni o sursă de stres în plus și motiv de îndoială și neîncredere în oameni. *Copilului nu trebuie să i se dea asigurări false, iar remarcile pe care el le face nu trebuie ignorate.*

Este vital ca părinții să aibă o atitudine deschisă, încurajatoare, constantă și adaptată la structura de personalitate a copilului. Pentru aceasta este nevoie ca el să aibă încredere în resursele și puterile copilului, să-l privească ca pe o ființă care are propria sa voință, capacitate de creștere și dezvoltare.

Este de preferat ca, în convorbirea cu copilul, adultul să nu aleagă termeni emoționali sau supărători, ținând cont și de faptul că ambiguitățile și subtilitățile produc confuzie. De exemplu, atunci când adultul se simte incapabil să răspundă cu onestitate la întrebările copilului dă răspunsuri de genul: "Îți voi spune într-o zi..." sau "Ești prea mic pentru a înțelege...", răspunsuri care trebuie evitate. Mult mai util este să-i spui copilului: "Văd că ești foarte îngrijorat, dar cred că este dificil să vorbim despre asta acum" sau "Este extrem de important ceea ce mă întrebi, dar nu știu răspunsul acum". În

astfel de circumstanțe este recomandabil să fie reasigurat copilul că problema nu va fi amânată sau evitată.

2. Răspunsuri stadiale la aflarea diagnosticului

Cum reacționează copilul când află că este seropozitiv?

Procesul de acceptare a unei boli cronice implică o serie de bulversări și reamenajări intrapsihice. Cercetările de specialitate arată că persoana implicată suportă o trecere stadială până la acceptarea bolii. La studierea psihologiei persoanei ce suferă de o afecțiune cronică o contribuție importantă și-a adus psihologul american E. Kubler Ross, acesta descriind câteva etape obligatorii prin care trec persoanele seropozitive și familiile acestora la aflarea diagnosticului. Aceste etape pot dura uneori ani de zile de la anunțul seropozitivității, nu suportă granițe fixe, trecerea nu este liniară, ci ele încearcă să configureze un context.

Etapele procesului de acceptare a bolii se concretizează în:

1. Șocul inițial

Merge de la surpriză la angoasă, infecția HIV fiind resimțită ca o amenințare de catastrofă. Șocul este un răspuns normal atunci când așteptările realiste despre viață și viitor sunt sfărâmate. Pentru început persoana este zdruncinată de neașteptata veste. Un pericol ce nu a putut fi eliminat, iată-l produs acum. Copilul infectat cu HIV se poate simți confuz. Dacă anumite persoane par puțin afectate, acest lucru se datorează faptului că ele nu realizează dramatismul vestii. Ele sunt orbite pentru o anumită perioadă de timp. Această fază este de scurtă durată, pentru că spitalizarea, investigațiile și analizele medicale, rigorile privind tratamentul se vor impune mai devreme sau mai târziu ca o realitate inevitabilă.

Cum poate fi ajutat copilul infectat HIV și familia care îl are în îngrijire în această fază?

În fața reacției inițiale este inutil să-i dai copilului prea multe informații, pe care nu este în măsură să le înregistreze. Este mai convenabil ca bolnavul să fie ajutat să se regăsească în noua situație, susținându-l și încurajându-l. În ceea ce privește informațiile necesare, acestea trebuie să fie pertinente, adică adaptate fiecărei persoane în parte, ținând cont de nivelul de înțelegere și evitând atât banalizările, cât și punerea în gardă autoritară.

2. Negarea

Aceasta etapă este inevitabilă. Trebuie respectată, dar nu întreținută. Este o reacție care a fost descrisă inițial de Sigmund Freud, medic psihiatru și psiholog austriac, creatorul psihanalizei. El a considerat negarea drept un mecanism de apărare al Eu-lui. În formularea lui Freud mecanismul de apărare al Eu-lui este un procedeu inconștient pe care Eul individului îl utilizează, în funcție de circumstanțe, pentru a diminua anxietatea produsă de un conflict interior (conflictul apare ca urmare a unei situații externe pe care individul o interiorizează).

Negarea (sau denegarea – cum o denumește Freud) este un procedeu prin care individul se apară de sentimentele și gândurile care-l apasă, negând că i-ar aparține. Realitatea este simțită ca fiind prea amenințătoare și este refulată către Eu. De fapt, reprezintă negarea inconștientă a unei evidențe: “Nu poate fi adevărat, mă simt atât de bine...”, “Medicul trebuie să fi greșit...”. Individul se comportă într-o manieră detașată, banalizează boala, declarând de cele mai multe ori că nu-i ridică probleme. Persoana infectată neglijează controalele medicale, mai ales atunci când lipsesc simptomele. Ceilalți se lasă deseori înșelați, pentru că iau atitudinea copilului drept nepăsare și se străduiesc să-l determine să fie conștient de ceea ce se întâmplă cu el. Însă, nu fac decât să prelungească negarea bolii, care riscă să se instaleze pentru o durată mai lungă de timp.

Cum poate fi ajutat copilul infectat HIV și familia care îl are în îngrijire în această fază?

În fața negării, persoanele care îngrijesc copilul trebuie să fie circumspecte și să încerce, instaurând un climat de încredere, să identifice motivele pentru care copilul se simte amenințat. Informațiile pozitive, încurajatoare, dar niciodată banale pot avea un efect favorabil.

3. *Revolta (furia)*

Această fază este o perioadă de timp situată între șocul inițial și negare și târzia acceptare a realității. Pentru mulți, începe printr-un sentiment de totală neajutorare și nefericire. Persoana care tocmai a aflat că este seropozitivă este invadată de anxietate și caută un vinovat pentru situația sa. Însă, nu există cale să afli de ce unii se îmbolnăvesc și mor, iar alții trăiesc – există doar o mulțime de presupuneri. Revolta se poate manifesta prin sentimente variate și contradictorii. Sunt adesea prezente reacții verbale care sunt greu tolerate de anturaj. Dacă persoana infectată se manifestă agresiv este pentru că luptă, fără îndemânare, împotriva anxietății și cu sentimentul că a fost pe nedrept atinsă de boală. Apare teama, pesimismul, disperarea, senzația de insecuritate sau culpabilizare.

Persoana infectată HIV poate experimenta, de asemenea, trăiri specifice de vină, teamă de stigmatizare, tendința de a ascunde diagnosticul și destrămarea bruscă a așteptărilor. Furia poate fi dirijată spre exterior, cu căutarea vinovaților sau a țapilor ispășitori sau poate fi dirijată către interior, asupra propriei persoane.

Sunt persoane care, la aflarea veștii că sunt seropozitive, doresc ca infecția să-i atingă și pe alții. Copilul care este infectat cu HIV resimte constrângerile tratamentului ca pe o pedeapsă și se arată refractar mai ales la discursurile de tipul: “Dacă îți spun să faci asta, este pentru binele tău...”. Faza de revoltă reprezintă totuși o evoluție necesară, pentru că

persoana infectată arată astfel că boala devine pentru ea o realitate.

Cum poate fi ajutat copilul infectat HIV și familia care îl are în îngrijire în această fază?

În măsura în care familia realizează că manifestările agresive se adresează de fapt bolii, va încerca, împreună cu asistentul social și psihologul, să stimuleze copilul și îl va încuraja să-și dezvolte capacitatea de a căuta și găsi soluții acceptabile. Această etapă poate fi considerată ca un semn că bolnavul și familia se mobilizează pentru a ieși din neputință. Este important ca furia să fie acceptată și să fie lăsată să se exprime, fără a fi distrusă sau rănită.

4. Negocierea

Această fază apare la copiii mai mari și la adulți. Se manifestă adesea prin tentative de manipulare față de exigențele tratamentului. Mai puțin zgomotoasă ca revolta, această manieră de a face față bolii corespunde dorinței copilului de "a ieși mai ieftin", căutând posibilități de acomodare. Persoana infectată se implică în proiecte de viitor și ia hotărâri importante privind viitorul. De fapt, ea nu mai suportă informația, dar încearcă să acționeze prin ea, prin diferite modalități.

Cum poate fi ajutat copilul infectat HIV și familia care îl are în îngrijire în această fază?

În fața negocierii bolnavul pornește o strategie prin care exploatează diferențele care apar între opiniile membrilor familiei și a specialiștilor. De aceea, specialiștii implicați (medic, asistent social, psiholog), dar și familia trebuie să manifeste tact și să conducă negocierile în direcția unor subiecte secundare.

5. Depresia cu speranță

Este o etapă importantă, al cărei pericol constă în faptul că poate trece neobservată. Nu trebuie confundată cu depresia

clinică, în care individul este atins de un fel de cădere interioară, descurajare, insomnie, cu incapacitatea de a face față problemelor cotidiene. Fiind o etapă a procesului de acceptare, această depresie are pronostic bun. Dacă bolnavul este trist, înseamnă că el conștientizează ce riscuri își asumă. Este momentul în care el își adună forțele pentru a înfrunța viitorul, dar poate fi și o ocazie propice apariției unor idei suicidare, determinate de faptul că persoana se simte inutilă, fără viitor și fără dorințe.

Cum poate fi ajutat copilul infectat HIV și familia care îl are în îngrijire în această fază?

În fața depresiei cu speranță trebuie acordat interes mai ales identificării momentelor depresive și trebuie manifestat interes și suport față de copil. Este utilă participarea copilului și a familiei la un grup de suport format din persoane care se confruntă cu aceleași probleme. În cadrul grupului ei află că nu sunt singuri. Mai sunt și alții care sunt seropozitivi.

6. Acceptarea

Realizarea faptului că boala nu poate fi stopată sau eliminată reprezintă cel mai mare avantaj al acestui stadiu. Persoana infectată HIV ajunsă în această fază își permite să-și exprime furia și temerile, sentimentul de neputință împotriva bolii de care suferă și împotriva societății care discriminează. Ea își regăsește acel echilibru emoțional pierdut, grație căruia este în măsură să se canalizeze spre implicarea în activități și acțiuni personale și sociale. Acceptă să trăiască cu HIV și dorește să profite de fiecare clipă a vieții: "Ce lucruri bune aș putea face?", "Ce medicamente m-ar putea ajuta mai mult?". Una dintre caracteristicile acceptării este recunoașterea că boala implică constrângeri, că implică riscuri de care trebuie să fie totdeauna conștient, fără însă a deveni obsedat de ele.

Cum poate fi ajutat copilul infectat HIV și familia care îl are în îngrijire în această fază?

Familia care are în îngrijire un copil seropozitiv va trebui să fie conștientă că această fază nu este întotdeauna definitivă. Apariția complicațiilor poate însemna o nouă pierdere de încredere, procesul acceptării trebuind reluat.

3. Tehnici de comunicare eficientă cu copilul.

Ce merge:

- Coborâți până la nivelul ochiului copilului. Cum v-ați simți dacă cineva de patru ori mai mare ca dumneavoastră s-ar apleca amenințător asupra dumneavoastră când deja vă este frică?
- Vorbiți direct copilului sau adolescentului. Tânărul este un individ. Vorbiți cu el, nu numai cu părinții lui.
- Fiți cinstit. Ascunderea adevărului față de copii, chiar cu intențiile cele mai bune, are ca rezultat pierderea încrederii copilului.
- Identificați, permiteți și respectați exprimarea normală a emoțiilor. Plânsul este normal, așa este și furia. Un tânăr va simți și va face față mai bine situațiilor dacă își poate exprima emoțiile.
- Dați-i copilului posibilitatea să aleagă, dar numai alternativele reale. Dacă copilul poate să aleagă să ia medicamentul cu apă sau ceai, minunat, dar nu are încotro în legătura cu luarea medicamentului, așa că este bine să nu-i oferiți alte alternative.
- Vorbiți copilului sau adolescentului despre lucruri care îl interesează. Toți copiii au școală, prieteni, animale sau hobby-uri despre care le place să povestească.
- Sprijiniți relația dintre copil și părinți. Toți copiii, chiar și adolescenții au nevoie de proprii lor părinți, iar părinții sunt experți în ceea ce îi privește pe proprii lor copii.

- Stăpâniți-vă. Dacă ajungeți la o stare în care nu mai puteți, găsiți pe altcineva să lucreze cu copilul.
- Respectați dreptul tânărului la singurătate. Toată lumea are nevoie de un spațiu personal, fizic și emoțional. Adolescenții sunt cei mai sensibili la încălcarea acestui drept fundamental al omului.

Ce nu merge:

- Evitați compararea copilului cu alții. Nimic nu supăra un copil mai mult decât să audă replici de genul "Ar trebui să fii în stare să faci asta. Ionuț este mai mic decât tine și el poate face".
- Fiți atent când atingeți copiii. Atingeți copiii numai atunci când există indicii că sunt dornici de mângâiere. Copiii nu sunt animale favorite.
- Nu compătimiți. Oamenii au nevoie de sprijin și afecțiune, nu de simpatie exagerată.
- Rețineți-vă de a trata copilul mare ca pe un bebeluș. Purtați-vă cu copiii într-un mod corespunzător vârstei lor. Chiar dacă un copil nu este major, aceasta nu înseamnă că trebuie să ridicați vocea cu trei octave.
- Încercați să nu spuneți "Fii băiat mare". Copiii vor face atât cât le stă în putință. Mai multă presiune exercitată asupra copilului sau jenă resimțită de acesta nu ajută, ci, dimpotrivă, copilul devine negativ față de el însuși.
- Nu toți copiii sunt crescuți la fel. Nu vă așteptați ca alți oameni să folosească aceleași metode de a disciplina sau de a crește copiii precum cele folosite de dumneavoastră cu proprii copii.
- Opriti-vă înainte de a amenința. A spune "Dacă nu ești cuminte, mama va trebui să plece" ar putea avea ca efect,

momentan, o comportare bună a copilului pentru că acesta este înspăimântat, ulterior însă, acest fapt ar putea avea consecințe psihice importante.

- Nu fiți morocănos. Mențineți o atitudine pozitivă. Umorul este foarte util în relația cu copiii și adolescenții.

CAP. VI. Comportament, educare și stimulare

- Copilul învață din experiențele pe care le trăiește¹.
- Când copilul este criticat, el învață să condamne;
- Când copilul este tratat cu ostilitate, devine bătăuș;
- Când copilul este ridiculizat, el învață să fie timid;
- Când copilul este certat în permanență, el învață să se simtă vinovat;
- Când copilul se simte tolerat, el învață să fie răbdător;
- Când copilul este încurajat, el învață să fie încrezător;
- Când copilul este prețuit, el învață să aprecieze;
- Dacă copilul trăiește într-un mediu care îl apreciază (aprobă), el învață să se placă pe sine;
- Dacă copilul trăiește într-un mediu în care se manifestă acceptare și prietenie, el învață să găsească dragostea în lume.

1. Principiile de stimulare ale copilului

Educația începe de la naștere și durează toată viața;

Fiecare copil este o individualitate distinctă cu nevoile sale specifice care se reactualizează periodic;

În centrul activității educative se află cerințele individuale ale copilului;

Educația nu se adresează “copiilor”, ci fiecărui copil în parte;

Nevoile copilului sunt cerințe importante pentru educație, ele fiind diferite de la copil la copil, în perioade diferite ale dezvoltării sale ontogenetice;

¹ Un cod de viață, Organizația AMADE

Prin observație, profesorul / părintele poate cunoaște permanent cerințele copilului și le poate satisface.

În educația timpurie (0-7 ani), forma specifică de activitate a copilului este jocul; de aceea învățarea trebuie să se facă prin joc; el nu trebuie impus, ci lăsat la alegerea copilului. Aceasta nu înseamnă însă că educația în instituțiile de învățământ a preșcolarului nu urmărește finalități precise;

Oferind situații variate de joc, din care copilul alege, dăm posibilitatea dezvoltării independenței și încrederii de sine;

Încrederea și respectul de sine trebuie să fie elemente centrale în cadrul obiectivelor educaționale, încă de la vârstele mici;

Nevoile (cerințele) copilului nu sunt numai cele de bază (de hrană), ci și cele de cunoaștere, afecțiune (de dragoste, de siguranță afectivă și întărire pozitivă a acțiunilor), precum și cele de joc. Cele două forme ale învățării sunt: acțiunea cu obiectele din jur (experiența senzorială) și acțiunea relațională (experiența socială), iar acestea se realizează adecvat în ariile de stimulare care oferă posibilitatea colaborării între copii și a unei relații adult-copil, dar și copil-ceilalți adulți din familie;

Stimularea independenței individuale de acțiune și relaționale trebuie împletită cu activitatea în grup mic și cu cea a întregii grupe de copii pentru a oferi copilului o reală adaptare individuală și socială și pentru a face legătura cu învățarea de tip școlar;

Obiectivul central al educației timpurii este dezvoltarea potrivit posibilităților, cerințelor copilului, dar și o egalizare a șanselor de educație pentru toți copii;

Conținutul activității este foarte important dar el nu trebuie să primeze în defavoarea centrării activității pe individualizarea educației;

Cunoștințele intelectuale trebuie dublate de activități psihomotorii și de comportamente socio-afective și motivaționale adecvate;

Ideile care susțin învățarea prin joc, importanța jocului la copii, corelarea dezvoltării intelectuale cu dezvoltarea psihomotricității și cea afectiv-motivațională nu sunt noi; nouă este punerea lor în acțiune și deplasarea accentului de pe achiziția de cunoștințe pe formarea unor abilități și comportamente conform nevoilor și cerințelor de acțiune ale fiecărui copil;

Copiii sunt educați, în afara părinților și a educatorilor, și de alți adulți cu care vin în contact.

2. Jocul între adulți și copii

În cadrul jocului, copilul învață diverse scheme de manipulare a jucăriilor, de a le suprapune, cerceta și desface în curiozitatea lui nestăpânită. De asemenea, în cadrul acestei activități, el repetă comportamentele pe care le-a văzut la adulții de lângă el. Cu timpul, această activitate va evolua de la coordonarea motorie, realizată prin imitație sau prin încercare și eroare, spre activități la început simple, cu adulții, în care el participă activ și afectiv, apoi la altele complexe. În această perioadă, are loc ceea ce se numește structurarea jocului la copil; trecerea directă de la jocul cu jucăria ca modalitate de cunoaștere, la jocul cu ceilalți care exprimă dezvoltarea într-o altă arie, cea socială. El va trece la jocul simbolic în care obiectele reale devin ceea ce-și propune și dorește în momentul respectiv. În această activitate adultul are un mare aport, stimulându-l în diverse activități, prezentându-i mereu diverse obiecte de joc, jucării și în același timp acceptând și jocul pe care copilul îl joacă singur și pentru el.

Adultul poate dirija activitățile jocului, îl supraveghează în efectuarea unor construcții, desene sau alte activități, susținându-l pe copil să realizeze un lucru cu sens, să aibă un obiectiv, un țel, pentru ca jocul să aibă o finalitate (de exemplu, să construiască o casă, să deseneze o floare). Această activitate susținută sistematic de adult va permite dezvoltarea

neuropsihică armonioasă, îi va îmbogăți cunoașterea și vocabularul, bazându-se pe forța satisfacției, bucuriei, veseliei care însoțesc jocul.

Jucăria reprezintă un partener nelipsit al copilăriei și este deosebit de necesară în dezvoltarea normală a copilului, din punct de vedere neuropsihic.

În primul an de viață copilul poate fi ușor mulțumit din acest punct de vedere, lui netrebuindu-i jucării complicate, putând fi încântat de propria mână, de o simplă zornăitoare și în general de aproape toate obiectele care îi sunt la îndemână.

Din al doilea an de viață, îi place să acționeze clar o jucărie nouă de exemplu, să tragă o mașină sau să se joace cu o păpușă). Este deosebit de util, ca începând de la această vârstă, să aibă la îndemână jucării diferite și să fie ajutat și învățat să le folosească în mod adecvat. După 2 ani, adultul trebuie să contribuie prin jucării potrivite la perfecționarea motricității generale și a coordonării precum și la dezvoltarea atenției, memoriei, gândirii, orientării spațio-temporale și a vorbirii. Deci, copilul trebuie să fie supravegheat nu numai să aibă tot ceea ce îi trebuie din punct de vedere biologic (mâncare, apă, să fie schimbat), dar trebuie stimulat și antrenat în această activitate specifică vârstei – jocul – pentru dezvoltarea fizică, mentală, afectivă și socială.

Cu ajutorul jocului sunt elaborate scheme de activitate practică și mentală care îl stimulează în dezvoltarea sa neuropsihică. În cadrul jocului el imită acte și comportamente observate la alți copii sau adulți, aceste imitații precum și imaginația antrenată au o importanță foarte mare pentru dezvoltarea cognitivă, la fel cum mișcarea are o importanță foarte mare în dezvoltarea coordonării motorii. Jocul și jucăriile oferă copiilor o sursă nelimitată de impresii și emoții care le dezvoltă motricitatea, cunoașterea, îi ajută să-și formeze deprinderi și să-și dezvolte personalitatea. Jucăriile, însă, pentru a-și îndeplini total rolul pe care l-am prezentat,

trebuie să îndeplinească anumite cerințe igienice, în ceea ce privește confecționarea și întreținerea lor.

Câteva dintre aceste cerințe sunt:

- Să fie curățate periodic;
- Să fie eliminate jucăriile vopsite. Dacă aceste vopsele nu sunt bine fixate sau sunt toxice;
- Să fie bine finisate sau să aibă colțurile rotunjite, suprafețele netede, colorate cu vopsele inofensive;
- Să fie destul de mari pentru a nu fi înghițite, introduse în nas sau urechi și să nu aibă părți detașabile;
- Să fie puse la îndemâna copilului, pentru a evita accidentele în situația în care acesta vrea să-i o jucărie care nu îi este accesibilă.

Ultimul aspect legat de dezvoltarea neuropsihică la nivelul ariei social-afective îl reprezintă manifestările de independență și autoservire.

3. Manifestări de independență și autoservire

La aproximativ 10 luni, se remarcă la copil evoluția de la dependența de adult la cooperarea cu acesta, apoi chiar manifestări de libertate care îi dau independență în comportament și puterea de a se descurca singur. Copilul observă tot ce face adultul și la aproximativ 12 luni începe să dorească să facă pe cont propriu câteva din aceste activități, astfel: încearcă să mănânce singur cu lingurița, să se îmbrace, să se dezbrace. Adultul trebuie să-l încurajeze și să aprobe aceste acțiuni recompensându-l verbal și material. Tot în jurul acestei vârste îi place să îndeplinească mici activități utile - de exemplu, să aducă o cană cu apă, să deschidă televizorul, etc. Perioada la care ne referim este foarte importantă pentru punerea bazelor personalității copilului și un aspect deosebit

de important îl reprezintă conformarea cu cerințele celor din jur, modelându-se după dorința adultului.

El se poate opune exigențelor și cerințelor adultului prin agresiune și violență - este faza primului NU- foarte necesară, când, dacă nu i se face pe plac, dă din picioare, se tăvălește oriunde se află (de fapt el dorind să facă el și numai el ceea ce vrea, dar nu poate).

Prin încercarea pe care am făcut-o de a explica diferențierea reacțiilor afective, o dată cu dezvoltarea biologică, rolul imitației, al comunicării și deprinderea unor comportamente sociale, jocul și rolul lui în dezvoltarea neuropsihică, am prezentat evoluția în aria socială și dezvoltarea capacităților adaptative la cerințele familiei și la cele sociale în general. Măsura dezvoltării sociale a copilului este dată de modul de reacție la diverși stimuli sociali: imaginea din oglindă, mama, tata, membrii familiei, membrii care depășesc limitele familiei (rude, cunoștințe, necunoscuți).

După vârsta de 2 ani, când copilul începe să-și structureze jocul (acea activitate prin care copilul învață în general și în particular cum să reacționeze cu partenerul) putem spune că aria socializării se extinde și se complică prin multitudinea de relații pe care copilul trebuie să le stabilească pentru a se maturiza comportamental și afectiv. De cele mai multe ori, fiecare etapă de socializare se parcurge dificil, lucru care nu trebuie să sperie părinții.

Dacă cunoaștem caracteristicile dezvoltării comportamentale afective ale copilului, vom înțelege că toate aceste deficiențe (egocentrismul și prima criză de negativism) se vor rezolva pe parcursul dezvoltării lui, în măsura în care adultul știe cum să depășească această situație (ignorarea aspectelor comportamentale negative, manevrarea situației de recompense cerute).

4. Atitudinile părinților față de copil

În această secțiune ne propunem să dezbatem două fenomene frecvent întâlnite în viața unei familii, și anume fenomenul de respingere și cel de supraprotecție. Luând în discuție primul fenomen, acela al respingerii de către părinți a copilului, este necesar să explicăm în ce constă acesta și care sunt efectele lui.

În cazul respingerii se evidențiază faptul că în cadrul familial nu se ține seama de vulnerabilitatea reală a copilului și el nu este protejat decât atât cât este necesar pentru a-i asigura supraviețuirea. În aceste situații, copilul nu învață să facă față realității și nici să-și cucerească locul său în viață, dimpotrivă, sub amenințarea evenimentelor și cunoscându-și propria neputință, el va ajunge neîncrezător și anxios. Această atitudine în cadrul familiei face dovada inacceptării prezenței copilului și se va manifesta concret prin neglijență, prin indiferență față de tot ceea ce se referă la copil.

Care este originea unei astfel de atitudini care apare ca fiind împotriva? În primul rând trebuie invocată personalitatea părinților și propriul lor trecut educațional. Astfel, după unii autori, mamele care își resping copiii par să fi fost la rândul lor copii respinși. După alți specialiști, părinții respectivi s-au bucurat în copilărie de o dragoste excesivă și sentimentul lor de responsabilitate nu a fost educat. De asemenea, se invocă conflictele conjugale în care copilul apare răspunzător de o anumită situație: tatăl gelos pe copilul care îi răpește soția, sau mama care vede în copil soțul pe care îl detestă.

O altă cauză o reprezintă perceperea copilului ca pe o povară insuportabilă, prezența lui îngrădind libertatea părinților sau posibilitățile economice îi obligă să muncească mai mult, îi împiedică să-și realizeze aspirațiile profesionale sau mondene. Este foarte adevărat că trebuie să luăm în considerație și faptul că nașterea unui copil sau unele

evenimente din evoluția lui impun părinților adevărate eforturi de readaptare, de reorganizare profundă a modului lor de viață, ceea ce nu este întotdeauna o problemă ușor de rezolvat.

Situația inversă față de cea analizată este aceea a familiei care oferă supraprotecție, încât tensiunile externe sunt aproape suprimate. Acest univers artificial implică intervenția permanentă a adulților și determină dependența aproape totală a copilului de părinți. De asemenea, o atenție deosebită asupra a tot ceea ce face copilul, față de capriciile lui, exagerând posibilitățile de care dispune, pot constitui condiții de creare a unui mic tiran. În cadrul acestui comportament de supraprotecție se remarcă tendința părinților de a nu se despărți niciodată de copil, de a-l scoate mereu în evidență, de a-l valoriza, de a-i acorda diverse privilegii, de a-l feri de orice risc.

Ocrotirea exagerată se manifestă prin tendința părinților de a se așeza constant între copil și realitatea înconjurătoare, de a-l face să se bucure de o atenție și îngrijire nepotrivite. Dragostea și protecția exagerate, abuzive, care nu țin seama nici de realitate, nici de exigențele creșterii, fac oare dovada iubirii față de copil?

Dovezile de supraprotecție sunt adesea asemănătoare cu fenomenul respingerii. Motivul invocat în atitudinea supraprotectoare a părintelui se traduce adeseori prin neacceptarea copilului drept ceea ce reprezintă acesta în sine. Supraprotecția manifestată printr-o atitudine de îngăduință sau de răsfăț, provoacă la acești copii dependență și manifestări comportamentale de tip egocentrist, lipsa de voință și inițiativă.

Copiii sunt adeseori visători și detașați de realitate, având dificultăți în contactele sociale.

Prezentarea riscurilor celor două tipuri de atitudini ale părinților față de copii, aceea de respingere și cea de supraprotecție, ne oferă posibilitatea să menționăm încă o

dată funcția de reglare pe care o îndeplinește familia și consecințele grave care apar în dezvoltarea copilului, în condițiile unor atitudini neadecvate.

Respingerea și supraprotecția constituie axa pe care pot fi ordonate diverse atitudini părintești. Manifestarea optimă, echilibrată a atitudinilor părinților față de copil trebuie să conducă la apariția și dezvoltarea sentimentului de atașament a acestuia față de ei. Nerealizarea acestui sentiment, din motivele prezentate sau altele care nu au putut fi cuprinse aici, ca și atașamentul exagerat al copiilor față de părinți conduc deseori la apariția unor tulburări de comportament de tip neadaptativ, chiar nevrotic.

Atitudinile părinților au adesea consecințe mai îndepărtate decât se crede, permițând concluzia că adaptarea socială a individului este pe măsura acceptării familiale pe care acesta a cunoscut-o. Se înțelege astfel importanța capitală a situațiilor trăite de copil în mediul familial și a tonalității afective în determinarea coordonatelor personalității copilului și modului în care se va desfășura existența sa.

Mai târziu, în perioada adolescenței copilul încearcă să se detașeze de părinți și luptă pentru independență. În același timp, însă, o prea mare libertate îl neliniștește, îl dezorientează sau îl face să se simtă neglijat, de către părinți. Nu suportă prea multă protecție și totuși simte nevoia să se bucure de atenția părinților.

Prin dragostea pe care numai un părinte i-o poate da, adolescentul își dezvoltă personalitatea, își conturează identitatea, capătă încredere în sine, își definește comportamentul în contextul interrelației cu tinerii sau adulții și își îmbunătățește capacitatea de adaptare la modificările mediului.

Pentru aceasta, fiecare părinte trebuie să-și cunoască copilul, mai ales în ceea ce privește personalitatea sa. Părintele trebuie să știe dacă are un copil mai lent sau mai activ, mai optimist sau mai pesimist, trebuie să știe cât de ușor face față

unei schimbări, care este capacitatea sa de a se concentra la o anumită activitate.

Cu ceva timp în urmă adolescența era considerată o perioadă de tranziție. Acum ea a devenit o perioadă lungă, desfășurându-se cu caracteristici speciale și având cerințe proprii.

Orice părinte are tendința de a privi adolescența ca pe o perioadă de agitație sau de schimbare, încărcată de probleme, mai ales din cauza dificultăților de comunicare cu adolescenții.

Și pentru tineri, adolescența este o etapă foarte stresantă. Începe să îi preocupe: greutatea și forma propriului corp, acneea, menstruația, erecția, plictiseala, hărțuiala părinților, banii. Este o perioadă a sentimentelor confuze, mai ales în relația cu părinții.

Înainte să se avânte în bătălia vieții un adolescent își încearcă armele împotriva celor din jur, mai ales a celor din familie. El se afirmă opunându-se. De aceea nu trebuie să ne facem griji legate de reacțiile de revoltă, de sfidare, de tendința de a contrazice și de a se contrazice. Este normal ca un adolescent să se manifeste contradictoriu, deoarece este în plină efervescentă a transformărilor hormonale.

Adolescentul se manifestă excentric față de adulți și conformist față de cei egali cu el ca vârstă. Trece de la afecțiunea cea mai mișcătoare la indiferența cea mai ingrată. Este entuziast, idealist.

Uneori ar fi în stare să se arunce de pe fereastră pentru a face în ciuda părinților. Adolescentul se găsește de multe ori în situația de a nega rațiunea; el este total lipsit de măsură atât în bine cât și în rău.

Fiecare adolescent reacționează diferit la aceleași suferințe sau nemulțumiri. Reacțiile pot varia de la autoagresiune la agresivitate îndreptată asupra altora și până la ignorarea totală a interlocutorului. Autoagresiunea apare atunci când

rezistența psihică slăbește și orice încercare de luptă este abandonată din cauza durerilor sufletești profunde.

Agresivitatea este îndreptată asupra majorității oamenilor și chiar asupra societății în general. Se manifestă prin exteriorizare care merge de la agresiunea verbală până la un comportament antisocial.

Multiple transformări - pe care nici ei nu le înțeleg - le induc adolescenților o stare de discomfort care poate duce la stres.

Modul de a gândi al adolescenților este diferit de cel al copiilor. Aceștia pot face diferența între realitate și posibilitatea de evoluție. Sunt în stare să gândească abstract, conceptual și de a idealiza.

Chiar dacă nu o arată, au nevoie de comunicare cu adulții și, mai ales, cu familia.

Atenție! Un adolescent HIV+ are aceleași caracteristici de dezvoltare psihologică și relațională cu familia ca cel sănătos. La toate acestea se adaugă anumite aspecte legate de starea de stres indus de statutul de infectat HIV, de percepția sa și/sau a familiei, referitor la situația existentă.

5. Metafora “navetei spațiale”

Cum spuneam, pe parcursul adolescenței copilului dvs. vă puteți aștepta la o comunicare foarte dificilă. Această perioadă a vieții amintește de primele rachete lansate în spațiu.

Oamenii care au trăit acei ani își amintesc că reintrarea navei spațiale în atmosfera terestră constituia un moment de pericol maxim. Astronauții erau în întregime dependenți de scutul de căldură de pe fundul capsulei, care-i proteja de temperaturi mai înalte de 500 de grade Celsius. Dacă nava cobora într-un unghi greșit, astronauții erau carbonizați într-o clipă. În acel moment de teamă, ioni negativi se acumulau

împrejurul capsulei, împiedicând orice comunicare cu Pământul, timp de aproximativ 7 minute. Lumea aștepta cu răsuflarea tăiată știrea că astronauții sunt teferi. După aceste minute, s-a auzit o voce încurajatoare care a spus: "Acesta este turnul de control al misiunii. Am stabilit contactul cu naveta. Totul este în regulă. Aterizarea va avea loc imediat". Aclamații și rugăciuni s-au înălțat în restaurante, aeroporturi și milioane de case, pe tot cuprinsul Americii. Chiar și prezentatorul știrilor TV respira ușurat.

Analogia cu anii adolescenței este evidentă. După ce formarea și pregătirea din copilărie se încheie, adolescentul se îndreaptă spre pista de lansare. Părinții privesc îngrijorați cum se îmbarcă în capsula numită Adolescență și așteaptă ca racheta lui să fie lansată. Mama și tata ar vrea să poată merge cu el, dar nava spațială are un singur loc. Pe lângă asta, nimeni nu i-a invitat. Fără să dea vreun semnal, puternicele motoare ale rachetei încep să uruie și "cordonul ombilical" e tăiat dintr-odată. "Racheta e lansată!"

Adolescentul, care parcă ieri era un bebeluș, se îndreaptă acum spre capătul universului. În câteva luni, părinții lui trec prin cea mai înspăimântătoare experiență din viețile lor. Pierd dintr-o dată contactul cu capsula. "Ionii negativi" împiedică orice comunicare, chiar în momentul în care au cea mai mare nevoie de asigurarea că fiul/fiica lor este în siguranță. De ce nu le vorbește?

Această perioadă de tăcere e mult mai lungă de câteva minute, ca în cazul astronauților. Ar putea continua ani de zile. Copilul care vorbea într-una și punea 1000 de întrebări pe minut și-a redus acum vocabularul la expresii monosilabice. Acestea sunt: "Nu știu", "Poate", "Am uitat!", "Hâ", "Nu", "Nu eu", "Îhî", "Cine - eu!?", "El e de vină!"...

În afară de acestea, aparatul de recepție nu mai înregistrează decât mormăieli, mârâieli, bombăneli și tânguieli. Ce situație îngrijorătoare pentru cei care așteaptă la bază!

Peste câțiva ani, când centrul de control al misiunii se teme că nava s-a pierdut, se aud dintr-o dată niște semnale slabe de la un transmițător îndepărtat. Părinții jubilează înconjurând radioul. Să fie într-adevăr vocea lui? E mai groasă și mai matură decât și-o amintesc. Uite că se aude din nou! Intensitatea momentului este inconfundabilă. Fiul lor "spațial" a făcut un efort conștient să comunice cu ei. Avea 14 ani când a țâșnit în spațiu și acum are aproape 20. Poate că mediul negativ a fost îndepărtat și comunicarea e din nou posibilă...

Iată prin ce trec cele mai multe familii! După ani de îngrijorare mută, părinții află, spre marea lor ușurare că totul e în regulă la bordul navei spațiale. "Aterizarea", care are loc pe la 20 de ani, poate fi o perioadă minunată în viața ambelor generații.

CAP. VII Comportament și disciplină

Pentru multă lume, cuvântul disciplină este echivalent cu o pedeapsă. Mulți dintre noi am fost crescuți în familii în care pedeapsa, sub diferite forme, era folosită ca singură metodă de disciplinare.

Disciplina înseamnă însă un proces de învățare, al cărui scop este ghidarea copilului în așa fel încât să își controleze comportamentul, să devină responsabil și cooperant, iar la vârsta adultă să predomine auto-disciplina.

De ce este nevoie de disciplină? O disciplină care este fermă, rezonabilă și consistentă îi ajută pe copii: să-și dezvolte auto-disciplina; să se simtă în siguranță pentru că știu ce se așteaptă de la ei; să se comporte într-un mod acceptabil celor din jur și să nu fie respinși din cauza unor comportamente neplăcute; să facă diferența între ceea ce este bine sau acceptat și ceea ce nu este bine.

Disciplina prea strictă, la fel ca și lipsa de disciplină sau de limite impuse copilului, poate fi la fel de dăunătoare, având ca rezultat un copil care: este necooperant, neascultător și se comportă fără a ține seama de cei din jur; așteaptă să obțină tot ce vrea și crede că i se cuvine totul; este egoist și nu ține seama de sentimentele celorlalți; este predispus la accidente pentru că nu a învățat să-și dea seama de pericole.

În același timp, disciplina excesivă poate conduce și ea la efecte nedorite. Deși poate împiedica pe moment anumite tipuri de comportament, în același timp poate avea ca rezultat: pierderea încrederii în forțele proprii (dacă i se spune tot timpul că a greșit); timiditatea și lipsa curajului de a încerca lucruri noi; chiar efecte contrarii, ca de exemplu comportamente rebele, negativiste și agresive.

Nu se poate spune că există o vârstă anume de la care trebuie să începem să disciplinăm copilul și nici nu există o

rețetă unică, potrivită tuturor copiilor. Există însă câteva principii și metode după care ne putem ghida:

Primul lucru este acela de a face distincția între sentimentele și actele copilului sau comportamentele lui exterioare, de exemplu: lovește un alt copil, deși i-ați interzis acest lucru sau aruncă cu nisip, deși i s-a spus că nu are voie etc. Este important ca adulții care se ocupă de copil să facă această deosebire între acte și sentimente pentru că ceea ce trebuie să urmărim de fapt este să-l învățăm pe copil să-și controleze actele sale, ca de pildă lovirea celui alt copil când este furios.

De aceea trebuie să ne gândim la stabilirea unor limite rezonabile pentru acțiunile sale. Ce înseamnă însă limite rezonabile? Nu există reguli absolute în această privință, dar ne putem gândi la câteva lucruri simple legate de exemplu la situații periculoase, ca de pildă jocul cu focul, traversarea străzii sau la comportamente de agresare a celorlalți copii.

Desigur, lucrurile se complică și numărul regulilor va crește pe măsură ce copilul se dezvoltă, dar a impune prea multe reguli este la fel de dăunător cu a nu impune nici una. Răspunsul se va afla de fapt undeva între cele două extreme.

Fiți perseverent și consecvent în aplicarea acestor limite sau reguli impuse. Când stabiliți o regulă, faceți toate eforturile pentru a o respecta. În felul acesta copilul va învăța că ceea ce face este bine sau este greșit.

Fiți rezonabili în ceea ce privește așteptările pe care le aveți. Un copil are nevoie de timp pentru a învăța și dacă așteptăm prea mult de la el din primul moment vom fi dezamăgiți. Este, de exemplu, nerealist să ne așteptăm ca un copil de 2 ani să mănânce curat, fără să se murdărească pe el sau ceea ce este în jur.

Încurajați mai mult decât pedepsiți! Este important să încurajăm orice mic progres sau doar încercările, chiar dacă nu sunt reușite.

1. Sugestii pentru rezolvarea problemelor de comportament

În cazul în care disciplina e considerată ca posibilitate de a educa, constatăm că nu sunt necesare tehnici miraculoase pentru fiecare problemă sau copil.

Tehnicile recomandate sunt cele pozitive și tind să se bazeze pe capacități de rezolvare a unei probleme, ceea ce înseamnă că copiii urmează să ajungă să se autodisciplineze (autocontroleze). Cea mai bună metodă disciplinară este încurajarea copilului să se gândească la soluții alternative (diverse) și la efectele lor posibile.

Modul în care este pregătit mediul (spațiul) și *felul în care îi tratați pe copii când totul e în regulă* formează fundamentul acțiunilor voastre când apar probleme inevitabile.

La copil și adolescent, rezolvarea problemelor de comportament implică două tipuri de sarcini de învățare:

1. achiziția, învățarea comportamentului dorit, dezirabil (autocontrol, fluentă verbală, abilități sociale, academice), a aceluia comportament care este în deficit;
2. reducerea răspunsului nedorit în repertoriul comportamental al copilului (agresiune, furt, ticuri faciale, anxietate, fobie, bulimie, etc.) sau înlocuirea unui răspuns cu altul (asertivitate în locul timidității).

De asemenea, rezolvarea problemelor de comportament nu depinde numai de natura comportamentului țintă sau stimulii care îl mențin, dar și de vârsta, maturitatea copilului, circumstanțele în care comportamentul problemă se manifestă și aspecte ale mediului.

2. Metode de încurajare a comportamentului pozitiv

- ***Intărirea pozitivă (recompensa)***

PRINCIPIU: comportamentul depinde de consecințele sale. Cu alte cuvinte, este mult mai probabil ca un individ să efectueze o anumită acțiune dacă știe că ea va fi urmată de consecințe pozitive, plăcute pentru el, decât dacă știe că ea va fi urmată de consecințe negative sau de nici o consecință.

Intărirea pozitivă implică prezentarea stimulilor (un obiect sau eveniment recompensă) imediat după ce copilul efectuează comportamentul dorit. Recompensa se alege ca metodă de schimbare atunci când:

Un nou comportament urmează să fie încorporat în repertoriul copilului. (exemplu: copilul trebuie să învețe să ia singur medicația antiretrovirală);

Când puterea unui comportament achiziționat descrește. (exemplu: copilul a învățat tabla înmulțirii dar deoarece nu lucrează îndeajuns de mult cu ea, începe să o uite);

Când scăderea unui comportament particular are ca efect apariția unui răspuns indezirabil. (exemplu: copilul nu mai vrea să doarmă la prânz și ca urmare devine irascibil seara din cauza oboselii).

Există două categorii de întăriri:

1. Furnizate de alții:

- Tangibile - întăriri materiale (dulciuri, bani, privilegii);
- Intangibile - întăriri sociale (îmbrățișări, zâmbete, încurajări)

2. Furnizate de sine:

- Tangibile (activități lejere);
- Intangibile (apreciere de sine).

Atenția adultului este o întărire secundară puternică. De fapt copiii îi "întăresc" de asemenea pe adulți. Relația fericită părinte - copil rezultă din interacțiuni de întărire reciprocă.

În cazul unui comportament complex, greu de realizat, este esențial să recompensăm copilul atât pentru încercare cât și pentru succes.

Comportamentul specific trebuie recompensat, aprobat și nu copilul. Exemplu: mama ar trebui să spună "Mulțumesc pentru că l-ai lăsat pe fratele tău să se joace alături de tine" și nu "Ești un băiat bun".

Probabilitatea este o regulă care stipulează că o consecință particulară (recompensă sau pedeapsă) urmează după executarea unui anumit tip de comportament specific.

Întrebări de control:

- Regulile sunt clare? Este stabilit clar motivul real al regulii?
- Regulile sunt simple?
- Sunt regulile adecvate? Dovedesc ele înțelegere față de nevoile și capacitățile copilului?
- Copilul a înțeles regulile?
- Părintele aplică regulile *corect și consistent*? Adică este perseverent în aplicarea regulilor?
- Sunt regulile într-adevăr necesare?
- Prea multe reguli sunt derutante și uitate repede.

Unii adulți au doar o regulă generală: nu ai voie să te rănești pe tine însuși, pe alții sau lucruri. *Rănitul* poate fi văzut atât din punct de vedere fizic cât și sentimental.

- Au ajutat copiii la alcătuirea regulilor?

Noi toți suntem predispuși să ne conformăm regulilor pe care le-am creat. De exemplu, dacă e introdus un animal preferat în casă, copiii ar putea sugera reguli pe care un adult să le noteze. Apoi, împreună, pot verifica sugestiile, alegându-le pe cele mai bune.

Copilul trebuie încurajat să gândească asupra motivelor regulilor, astfel ca el să posede standarde în funcție de care își judecă propriul comportament.

Proceduri:

- Oferiți copilului o varietate de stimuli de întărire pentru a evita sașietatea. Unii părinți permit copilului să aleagă întărirea.
- Deprivarea. Exemplu: un copil însetat mai degrabă va efectua o sarcină pentru un pahar de suc, decât unul care tocmai a băut.
- Lauda în prezența altor copii sau adulți.

Procedurile de întărire generează patru metode de abordare, instruire:

1. Instruirea prin recompensă (“dacă te vei comporta astfel vei primi o recompensă”);
2. Instruirea prin privare (“dacă nu te vei comporta, astfel îți voi retrage recompensa”);
3. Instruirea prin evadare (“dacă te vei comporta astfel îți voi retrage pedeapsa”);
4. Instruirea prin evitare (“dacă nu te vei comporta astfel, te voi pedepsi”).

Expunerea la modele potrivite:

Modelarea: - se oferă copilului posibilitatea de a observa o persoană care este semnificativă sau interesantă pentru copil și care efectuează comportamentul pe care copilul trebuie să-l învețe.

Modelarea poate fi folosită pentru a schimba o largă varietate de comportamente, în cel puțin trei situații:

1. Dobândirea unor noi comportamente;
2. Întărirea sau slăbirea comportamentelor deja prezente în repertoriul copilului prin observarea unor modele care demonstrează comportamente potrivite;

3. Eliminarea fricii de învățare, prin observarea absenței fricii modelului.

Unele modele exercită o mai mare influență decât altele. Este absolut necesar să se identifice *persoane semnificative* ca model. Comportamentul lor va fi imitat mai degrabă din cauza prestigiului. Sinceritatea este un alt factor important. Imitarea poate fi facilitată prin evidențierea ariilor comune cu modelul. Un comportament este mai probabil a fi imitat dacă complexitatea nu este prea mare, sau dacă nu este prea rapid prezentat pentru a fi asimilat.

3. Metode de reducere a comportamentului negativ

Când un comportament particular apare cu o rată mare (frecvență excesivă), cu surplus de intensitate sau un răspuns este emis în condiții inadecvate, sarcina părintelui este de a aduce comportamentul în limitele acceptate social.

Spre deosebire de copilul cu un deficit comportamental care trebuie să învețe lucruri care nu sunt în repertoriul său, un copil cu un exces comportamental trebuie să învețe să modifice răspunsul existent.

Pentru a facilita acest lucru, se pot utiliza o varietate de tehnici, singure sau combinate unele cu altele:

- *Stingerea (sau Ignorarea comportamentelor negative)*

Copilul nu primește nici o recompensă pentru comportamentul indezirabil, cu alte cuvinte se oprește întărirea de genul aprobării, atenției.

Succesul stingerii constă în eliminarea comportamentului din repertoriul copilului. Este procedura prin care întărirea care urma comportamentului este întreruptă. Copilul poate încerca să recâștige întărirea pierdută și astfel poate să se facă mai rău înainte de a se face mai bine.

Părinții trebuie să se aștepte la această posibilitate, de aceea ei trebuie să persevereze cu programul suficient de mult

pentru a obține rezultate. Această metodă poate fi folosită atunci când comportamentele nedorite nu prezintă un pericol pentru copil sau pentru ceilalți. Ignorarea implică însă mai mult decât simplul fapt de a nu-i vorbi copilului. Dacă vă relaționați cu el prin intermediul mimicii, gesturilor sau simpla privire, nu înseamnă că îl ignorați. De aceea, lucrul cel mai potrivit pentru a retrage în totalitate atenția este să vă concentrați asupra altei activități.

Atenție însă! Comportamentul respectiv nu cedează imediat. Mai mult decât atât, s-ar putea ca într-o primă perioadă să se înrăutățească pentru că cei mai mulți copii nu cedează ușor. Cu perseverență și consecvență veți reuși.

- *Sațietatea* - copilul este lăsat să efectueze comportamentul indezirabil până se plictisește;
- *Schimbarea stimulilor (sau Structurarea mediului);*

Acest lucru se referă pur și simplu la rearanjarea obiectelor din încăperea sau a spațiului în general, în așa fel încât să ajute copilul să se autocontroleze. Revenind la copilul ce se joacă la priza electrică, dacă distragerea atenției nu este o metodă eficientă, o altă soluție este acoperirea acestuia cu un capac special sau mutarea unei mobile în dreptul ei pentru a împiedica accesul la aceasta. Unele răspunsuri par să apară numai când anumite condiții specifice sunt prezente. Dacă copilul, de exemplu, vorbește cu colegul de bancă, profesorul poate schimba contextul fizic, mutând copilul într-o altă bancă.

- *Reflectarea sentimentelor;*

Pentru copil este extrem de important să îi arătăm că îi înțelegem sentimentele și le acceptăm. Să luăm cazul unui copil care vine plângând și ne spune că l-a lovit un alt copil. De obicei, adulții în astfel de situații, se lansează în tot felul de admonestări sau comentarii de genul: "Iar ați început? Nu v-am spus de atâtea ori să vă jucați frumos?" sau "Cine a început?" etc. În loc însă de a face acest lucru este mult mai eficient să-i arătăm că l-am înțeles, spunându-i: "O, Dănuț, te-

a bătut!” sau “Ești furios pentru că Dănuț te-a bătut!” Cuvintele spuse sunt o traducere a sentimentelor copilului sau o reflecție a lor și îi arată că într-adevăr înțelegeți ceea ce simte. În plus, prezintă avantajul că îl învață pe copil denumirea unor stări afective sau sentimente ca de exemplu: sunt trist, sunt furios, sunt dezamăgit etc.

- *Distragerea atenției;*

Este o măsură eficientă la copilul mic, care nu înțelege interdicțiile și consecințele actelor sale. Ea constă în atragerea atenției spre un alt loc, obiect sau persoană. De exemplu, unui copil care descoperă priza într-o încăpere i se poate redirecționa atenția spre un alt obiect la fel de interesant pentru el, sau poate fi dus într-o altă încăpere (dacă persistă în comportamentul respectiv).

- *Pedeapsa;*

Poate fi eficientă în controlul comportamentului. Depinde de interpretarea termenului “pedeapsă”. Atât retragerea întăririi pozitive, cât și aplicarea unor stimuli aversivi tind să descrească apariția comportamentului problemă.

Stimulii aversivi trebuie să aibă *intensitate moderată* și să fie administrați *imediat după* comportamentul inadecvat. Problema este că pedeapsa pare să fie înțeleasă în termeni de lovire, rănire. Pedeapsa severă tinde să înăbușe, să blocheze comportamentul și nu să-l stingă. Predicția este că acel comportament va reapărea.

Pedeapsa nu trebuie să fie intensă sau fizică. Părinții pot retrage aprobarea sau anumite privilegii ale copiilor.

Cercetările atenționează asupra pedepsei fizice la copii. Comportamentul agresiv al adultului (ca parte a pedepsei) poate oferi un model indezirabil pentru copil. Comportamentul agresiv poate genera răspunsuri emoționale maladaptative, cum ar fi frică, tensiune, retragere, frustrare.

Pedeapsa în mod direct nu determină formarea unui răspuns dezirabil, nici nu elimină comportamentul inadecvat.

O persoană care folosește în mod frecvent pedeapsa poate stimula activități evitative (cum ar fi fobia socială).

Când copiii sunt pedepsiți prea des: comportamentul lor este controlat prin frică; ei se comportă astfel încât să evite o pedeapsă impusă de un adult; adultul accentuează ce să nu facă.

Copiii pedepsiți prea aspru: își ascund greșelile; nu au încredere în ei înșiși; nu reușesc să ajungă la autocontrol astfel încât să evite greșeli ulterioare.

Pedeapsa folosită uman și adecvat poate fi eficientă în modificarea comportamentului. Pentru ca pedeapsa să fie eficientă, ea trebuie:

- Să aibă intensitate moderată;
- Să i se explice copilului pedeapsa;
- Să urmeze imediat după comportamentul indezirabil;
- Să fie aplicată de o singură persoană;
- Să se persevereze în aplicarea ei (după ce am dat o pedeapsă copilului nu trebuie să ne mai răzgândim în privința ei);
- În timp ce copilul este pedepsit pentru un comportament negativ, trebuie întărit un comportament pozitiv;
- Să se bazeze pe retragerea întăririi;
- Copilul nu trebuie amenințat cu pedeapsa;
- Să fie în acord cu gravitatea faptei.

Copiii devin *disciplinați*: când observă posibile consecințe ale faptelor lor; un comportament posibil este propus; învață să se autocontroleze. Copiii care devin disciplinați: învață să facă un echilibru între necesitățile lor și cele ale altor oameni; sunt mulțumiți de ei înșiși; devin din ce în ce mai independenți.

Atenție!

Regulile încălcate, comportamentul violent, lipsa de cooperare, toate sunt probleme reale pentru părinți și educatori. Totuși, disciplina efectivă începe mult înainte ca

asemenea comportamente să izbucnească. Stilul personal, mediul, orarul și speranțele celui care îngrijește au efect asupra copiilor.

Stilul:

Începeți prin a examina propriul stil părintesc, și nivelul de toleranță. Poate că dați mesaje subtile copiilor voștri. Răspunsurile la aceste întrebări vă vor ajuta să identificați câteva dintre punctele voastre tari și slabe.

- Ce fel de comportament îl considerați inadecvat?
- Ce nivel de zgomot și confuzie îl considerați intolerabil / normal?
- Vă dați seama cine are într-adevăr probleme într-un conflict?
- Când supărarea unui copil este îndreptată asupra dumneavoastră vă considerați jignit sau amenințat?
- Luați majoritatea deciziilor singuri sau cooperați cu copiii?
- Modelați / intervievați asupra comportamentului pe care îl așteptați din partea copiilor?
- Ce contradicții există între ce spuneți sau așteptați și ceea ce faceți?

Orarul

Se poate anticipa că probleme de disciplină pot să apară când copiii sunt plictisiți sau zoriți, când trebuie să aștepte sau când sunt stimulați fără timp suficient de desfășurare. Copiii învață în fiecare moment al zilei, astfel încât orarul poate continua cu șanse de încurajare și autocontrol.

Sunt majoritatea activităților zilnice ale copilului selecționate? Sunt cele stabilite de adulți potrivite și interesante pentru copii? Pot copiii să schimbe singuri activitățile conform ritmului propriu?

Este perioada de timp pentru o activitate bazată pe capacitatea de atenție a copilului după vârsta sa?

Cum sunt copiii pregătiți să schimbe locul de activitate de-a lungul zilei? Copiii trebuie să știe dinainte la ce să se aștepte. Un timp suficient pentru a termina proiecte și pentru a face ordine face ca schimbările să se producă mai uniform.

Folosiți activități creative sau dramatice să-i ajutați pe copii să se miște în diferite locuri?

Ați stabilit un simț al ritmului zilei? O rutină care poate fi considerată că oferă copilului sentimentul de siguranță? Chiar și copiii care nu fac diferența între ore dobândesc un simț al desfășurării zilei.

Consecințe firești

În multe cazuri, pot să fie descoperite deja consecințele faptelor când problema e evidentă. Copilul poate să fi învățat deja din experiență, deși uneori este cazul să se sublinieze ce s-a întâmplat și de ce. Doi copii care își smulg unul altuia păpușa preferată și o rup, pot fi încurajați să discute despre modul în care s-ar putea preveni acest lucru într-o altă ocazie. Un copil care uită să pună un desen la care ține la locul său și apoi îl va căuta în zadar, probabil că își va depozita lucrurile mai atent în viitor.

Consecințe directe

În unele situații e clar că adultul trebuie să direcționeze în mod pozitiv copilul către o consecință logică fără a pedepsi. Această metodă îi ajută pe copii să fie mai responsabili față de propriile acțiuni. De exemplu, chiar și cei mai mici pot șterge lichide vărsate. Un copil mai mare care scrie pe pereți ar trebui să șteargă peretele.

Rezolvarea problemelor

Ori de câte ori este posibil, cea mai bună metodă de disciplinare este să se încurajeze copiii să se gândească la

soluții alternative și la efectele posibile ale acelei alternative. Rezolvând probleme, copiii dezvoltă un sentiment al responsabilității față de acțiunile lor, încep să înțeleagă necesitățile altora, și-și fortifică aptitudinile de luare a unor hotărâri. La fel și în adoptarea regulilor, copiii care participă în procesul de luare a deciziilor vor adera mai ușor la acestea. Copiii mai mici sau fără experiență vor avea probabil nevoie de ajutorul adultului să se gândească la alternative potențial acceptabile. Ați putea întreba: “Cum poți să...?” sau “Ce-am putea face să...?” Copiii învață ușor să genereze propriile lor soluții. Un copil ce tocmai se ciocnise de un altul s-a oprit pentru o clipă și apoi a zis: “Ei bine, n-ai de gând să mă săruți ca să te iert?” Problemele între copii și adulți sau între doi adulți pot fi, de asemenea, rezolvate în acest fel, de comun acord.

Redirecționare

Copiii pe cale să se antreneze în activități nedorite pot fi ușor redirecționați. Activitatea copiilor mai mari poate fi redirecționată sau înlocuită cu un substitut acceptabil. Combinată cu alte metode, aceasta este o tehnică efectivă, deoarece circumstanțele sunt schimbate chiar de un adult. Când motivele sunt expuse, copiii pot învăța repede să se autodirecționeze. Un substitut la ce vor ei să facă, similar, dar mai acceptabil, poate fi găsit aproape oricând, iar dacă nu, o altă activitate mai ispititoare poate să fie la fel de bună. Ce puteți face în timpul unei excursii mai lungi când un copil aș plictisit începe să dea cu picioarele în scaun? Arătați-i o jucărie nouă și moale sau puneți o casetă cu cântece pentru copii, ca toată familia să cânte împreună. Părinții și educatorii isteți sunt întotdeauna pregătiți!

Auto-excluderea

Această tehnică este una din cele mai greșit înțelese și folosite decât alte metode sugerate aici, ea poate fi eficientă

mai ales în situații în care copiii și-au pierdut controlul și nu sunt în stare să discearnă. Totuși, următoarele principii ar trebui luate în considerare astfel încât excluderea (auto-excluderea) să fie o experiență de învățare pozitivă care să conducă spre autodisciplină.

Excluderea (auto-excluderea) nu este o pedeapsă. Copiii n-ar trebui amenințați cu sau de teama unei excluderi.

Excluderea (auto-excluderea) nu trebuie să fie umilitoare. În consecință, nu ar trebui să existe un loc sau un scaun predestinat excluderii (auto-excluderii).

Excluderea (auto-excluderea) ar trebui să dureze atâta timp cât copilul crede că e nevoie să se calmeze. Dacă copiii subestimează lungimea perioadei de timp de care au nevoie, li se poate cere să încerce să se calmeze din nou într-o excludere (auto-excludere).

Excluderea (auto-excluderea) poate fi o perioadă de timp pentru adult și copil să discute despre sentimente – de ce copilul s-a calmat. Prezența unui adult poate ajuta un copil nervos să se calmeze, dar, numai după ce calmul a fost reinstalat, o discuție va fi profitabilă.

Uneori copiii vor fi prea neastâmpărați și se vor comporta inadecvat. Asemenea copii pot fi rugați să iasă din această situație și să se folosească de șansa de a se calma. O altă șansă de a folosi adecvat excluderea (auto-excluderea) pentru un copil agresiv este ca acesta să-și amintească că poate hotărî când să se reîntoarcă la joacă.

Imobilizare

În unele situații un copil va fi atât de supărat și violent încât nu va fi în stare să vorbească. Un adult poate să țină copilul cu putere suficientă pentru a proteja copilul sau alți copii și să ajute la restaurarea calmului. Un copil care țipă și trânteste are nevoie să fie liniștit în acest fel înainte de discutarea incidentului.

Ignorarea comportamentului inadecvat

Copiii care se comportă necorespunzător primesc adesea cea mai mare atenție din partea celorlalți. Aceasta poate încuraja comportamentul negativ la ceilalți. Cu toate că nu orice comportament inadecvat poate sau ar trebui ignorat, situații care sunt foarte supărătoare mai degrabă decât periculoase, pot fi rezolvate mai bine în acest fel. De exemplu, copiii preșcolari descoperă imediat că un limbaj trivial atrage imediat atenția, deși probabil nu-și dau seama ce spun. Totuși, dacă ignorați înjurăturile, copilul va vedea în cele din urmă că nu are nici un folos din a folosi acel limbaj, și s-ar putea să nu mai repete cuvintele.

Alți factori decât nevoia de atenție pot fi luați în seamă la întreruperea perioadelor liniștite, cum ar fi somnul scurt sau poveștile. Încercați să aflați cauza neliniștii și luați măsurile cele mai potrivite. Când copiii sunt alinați sau când li se vorbește într-un anumit fel, se simt importanți în unele activități. Fiți consecvenți. Cum aplicați aceste metode este la fel de important ca și a ști ce să faceți. De altfel, disciplinarea poate să nu fie în concordanță cu scopurile noastre legate de creșterea și dezvoltarea sănătoasă a copiilor.

Folosind aceste idei, rețineți aceste principii despre disciplinarea eficace:

Scopul disciplinării este să ajute copiii să-și dobândească autocontrolul și să nu-i punem să se comporte în concordanță cu un control impus de adult.

Orice tehnică de disciplinare va fi eficientă dacă e aplicată într-un mod care menține sau le sporește autorespectul.

Disciplinarea trebuie să urmeze imediat comportamentului. Nu se poate aștepta de la copii să prevadă consecințele viitoare faptelor lor prezente.

Asociați metoda pe care o folosiți comportamentului și copilului. Nici o metodă nu va fi eficientă în orice situație.

Ajutați copilul să înțeleagă de ce este disciplinat – după ce copilul și-a redobândit autocontrolul.

Lovirea poate stimula certuri și bătăi deoarece copiii copiază comportamentul adulților

Disciplinarea eficientă cere să fie dusă până la capăt cu perseverență. Amenințări inutile și imposibil de aplicat încurajează copiii să testeze regulile și să îl forțeze. Când aplicați o metodă de disciplinare, asigurați-vă că soluția de rezolvare a problemei este eficientă.

Progresul poate fi încet. Dacă dumneavoastră sau copiii sunteți obișnuiți cu alte metode, e nevoie de timp și răbdare pentru ca aceste idei să fie eficiente. Copiii au nevoie de timp pentru a înțelege disciplina auto-controlată în locul celei impuse de adult. Și vă poate lua și dumneavoastră timp până să fiți consecvenți și stăpâni pe sine.

Ajutați și pe alții să înțeleagă aspectul pozitiv al disciplinării. Subliniați de ce a-i ajuta pe copii să învețe să se autocontroleze este o parte esențială în a deveni o persoană independentă și atentă. Când adulții observă că lovirea stimulează copiii să se certe și să se bată, deoarece copiii copiază comportamentul adulților, aceștia pot fi dornici să adopte alte metode mai eficiente.

Acordați-vă un răgaz să vă gândiți profund la ceea ce veți face în cazul în care apare o astfel de situație. Gândindu-vă din timp vă va ajuta să faceți față situației mai prompt când aceasta va apărea. Dacă există un copil care nu reacționează pozitiv la acțiunile dumneavoastră, cereți sfatul altor persoane care au lucrat cu acel copil. S-ar putea ca ei să aibă o soluție. Mai presus de orice, rămâneți calmi și aveți răbdare. Orice copil are puncte tari și slabe, la fel ca orice părinte și educator. Luați în considerare atât comportamentul vostru cât și al copilului.

4. Metode de tratare a comportamentelor dificile

Diferența dintre adulți este aceea că unii folosesc strategii ce pot ajuta la diminuarea sau chiar eliminarea problemelor de comportament, în timp ce alții, prin atitudinea pe care o au, mențin lucrurile în aceeași stare, sau chiar le înrăutățesc.

Câteva reguli generale pentru a face față comportamentelor dificile:

Încurajarea comportamentelor pozitive. În primul rând, gândiți-vă permanent că scopul acțiunilor dumneavoastră trebuie să fie acela de a ajuta copiii să-și controleze propriile acțiuni și reacții. Mijlocul cel mai important pentru a ajunge la acest rezultat este încurajarea permanentă a comportamentelor bune sau pe care dorim să le obținem de la copil.

Încercați să-l învățați cât mai multe comportamente noi și utile deoarece, cu cât știe să facă mai multe lucruri bune, cu atât timpul în care se angajează în comportamente negative va scădea.

Oferiți cât mai des ocazia de a alege între două activități, jocuri sau obiecte atunci când “simțiți” că este pe cale de a se angaja într-un comportament negativ.

Atitudinea și așteptările dumneavoastră sunt extrem de importante și pot conduce la ameliorarea comportamentelor negative dacă vă veți concentra atenția pe aspectele pozitive ale copilului. Deși s-ar putea să dureze mult timp până ce copilul își va schimba comportamentul trebuie să credeți că poate fi ajutat. Acest lucru se traduce în practică în cât mai multe aprecieri pozitive și cât mai puține critici.

Aveți grijă să vă exprimați clar așteptările și limitele impuse prin reguli simple pe care să le înțeleagă și pe care să le reamintiți frecvent.

Folosiți un limbaj pozitiv în locul unuia negativ. De exemplu: în loc de “ nu țipa” alegeți exprimarea “vorbește încet”.

Oferiți-i sentimentul că este important și respectat, dându-i mici responsabilități pe care să le poată îndeplini sau oferindu-i ajutor când nu reușește. Un exemplu ar putea fi strângerea jucăriilor, punerea mesei etc.

Considerați eventualele greșeli pe care le face ca fiind normale și făcând parte din procesul de învățare.

Redirecționați atenția sau comportamentul. De exemplu, un copil care aruncă cuburi în cei din jurul său trebuie oprit, dar în același timp, oferiți-i o minge ușoară cu care să poată face aceeași activitate, dar care să nu-i deranjeze pe ceilalți. Lucrul cel mai important este să rămâneți calm și să găsiți o activitate foarte apropiată cu cea a copilului, dar care nu îl pune în pericol pe el sau pe ceilalți și este acceptabilă.

5. Câteva probleme de comportament mai frecvent întâlnite:

- *Mușcatul*

De obicei, copiii mușcă pentru că se simt frustrați și nu pot obține ceea ce vor. Vârsta la care acest comportament este de obicei mai frecvent se situează între 12 și 24 de luni, când nu își dau seama încă de consecințele actului lor, sau nu pot exprima prin cuvinte ceea ce doresc. Apariția dinților poate fi de asemenea o cauză a acestui comportament la copilul de vârstă mică. Observați cu atenție și încercați să descoperiți care este cauza. Dacă este vorba de o situație frustrantă sau un conflict (de exemplu asupra unor jucării), îndepărtați copilul și oferiți-i o jucărie mai interesantă. Dacă este vorba de apariția dinților, oferiți-i un inel sau jucărie de plastic dură pe care să o poată mușca. Învățați-l, dacă nu știe încă, să-și exprime supărarea prin cuvinte (de exemplu: “spune ce vrei” sau “spune în cuvinte”).

- *Plânsul excesiv*

De obicei apare când copilul este într-o situație nouă, a fost mutat dintr-un loc în altul sau la copiii care au nevoie de mai multă atenție din partea noastră. Dacă este vorba de acest din urmă aspect, oferiți-i pentru o perioadă mai multă atenție. Nu este nevoie să îl luați tot timpul în brațe, pentru că o privire, un zâmbet sau un cuvânt pot însemna de asemenea atenție și pot avea același efect. Oferiți-i posibilitatea unor activități interesante, care să-i facă plăcere și să-l acapareze. De cele mai multe ori, monotonia și lipsa de varietate în activități generează plictiseală, care poate determina apariția plânsului.

- ***Mențiune specială***

Sugarul folosește plânsul ca prim mijloc de comunicare, pentru a-și face cunoscute nevoile sale fizice sau emoționale. Atunci când plâng, vor de fapt să ne spună că le este foame, sunt obosiți, plictisiți, că îi doare ceva, sunt speriați sau singuri. Toate aceste semnale trebuie luate întotdeauna în seamă, pentru că dacă le ignorăm, copilul va învăța să nu aibă încredere în adulți, și chiar va înceta să mai comunice dacă nimeni nu îi răspunde. *Ideea că dacă îi răspundem și îl luăm în brațe atunci când plânge îl va face să devină răsfățat, este complet greșită.*

- ***Crizele de mânie***

Unul din comportamentele cele mai neplăcute și supărătoare pentru adult este criza sau explozia bruscă de mânie a copilului. La copilul mai mic, până în jurul vârstei de 2 ani sau 2 ani și jumătate, sunt destul de frecvente și apar ca rezultat al frustrării și imposibilității de a înțelege cuvintele celor din jur. Alte cauze pot fi: stresul, problemele medicale sau întărirea neintenționată a acestor comportamente de către adult. De multe ori însă, crizele de mânie apar și sunt folosite de copil ca o adevărată armă pentru a controla situația, pentru a obține un beneficiu sau pentru a scăpa dintr-o situație

neplăcută pentru el. În aceste cazuri este mai bine să ignorați comportamentele respective prin retragerea atenției pentru că altfel, cu cât le veți acorda mai multă atenție, cu atât vor apărea mai des. Oferiți-i ocazii numeroase de a-și exprima emoțiile negative fie prin cuvinte, fie prin alte mijloace. Reduceți stresul dându-i ocazii variate de a iniția el însuși activități.

Stabiliți limite și așteptări rezonabile în privința performanțelor copilului. De exemplu: nu îl faceți să stea și să asculte mai mult de 10 minute. În astfel de stări, mutați copilul într-un colț al încăperii sau, dacă este posibil, în altă încăpere. Explicați-i cu calm că e normal să fie supărat din când în când, dar nu este bine să îi tulbure pe ceilalți. Căutați să găsiți acele mijloace care îl calmează, ca de exemplu un masaj ușor, muzică etc.; de multe ori, observându-l cu atenție, copilul vă va indica singur lucrul care îl calmează.

- ***Hiperactivitatea***

La vârstele mici, datorită nevoii de descărcare a energiei și din cauza puterii reduse de concentrare a atenției, copiii sunt în permanentă mișcare, iar acest lucru nu trebuie să constituie în general un motiv de îngrijorare. Când însă acest comportament este foarte frecvent și persistă la vârste mai mari, devine deosebit de supărător pentru adult și pentru ceilalți copii. În acest caz, eliminați pe cât posibil orice sursă de distragere a atenției (muzica sau jucării care nu sunt folosite pentru moment). Contactul fizic, ca de exemplu – ținutul de umeri sau de mâini, în anumite momente, îi poate ajuta pe acești copii să simtă că se pot controla.

Folosiți redirectionarea comportamentului atunci când acesta devine distructiv și oferiți ocazii numeroase pentru a-i da copilului posibilitatea să-și descarce surplusul de energie. Jocurile de mișcare, mai ales în aer liber, sunt un mijloc excelent de recreere pentru acești copii.

6. Tehnici de încurajare a unei idei pozitive despre sine

- Acceptați copilul așa cum este.
- Căutați individualitatea în fiecare copil.
- Bucurați-vă de activitățile copiilor; arătați-le bucuria că sunteți împreună. Ajutați copiii să știe că activitățile lor sunt valoroase și interesante.
- Evitați judecarea calităților fizice ale copilului.
- Ajutați copilul să vadă ce face el bine și de asemenea, acceptați limitele sale.
- Cunoașterea sentimentelor copiilor include teama, furia, gelozia, tristețea. Lăsați-i pe ei să știe că sentimentele le sunt acceptate.
- Dați-i atâtea activități și materiale copilului câte poate face el cu succes.
- Folosiți o îndrumare blândă și potrivită.
- Dați copiilor o cantitate rezonabilă de responsabilități.
- Dați copiilor posibilitatea de a alege.

7. Activități de formare a unei păreri pozitive despre sine

- Lăudați copiii adesea.
- Puneți obiecte artistice făcute de ei la nivelul lor, pe perete.
- Faceți desene folosind părți ale corpului copilului – conturul mâinii, conturul corpului. Copiii să se deseneze pe ei înșiși.
- Folosiți oglinzi. Utilizați lupa să examinați pielea, degetele, părul.
- Folosiți casetofonul să le înregistrați vocile.
- Folosiți-le des numele. Jucați jocuri cu nume, puneți-le numele pe lucrurile lor sau în locurile lor speciale.

- Faceți o listă cu ce a făcut fiecare copil în ziua aceea și puneți-o pe perete. De asemenea, puteți face lista cu lucrurile care l-au făcut fericit pe copil în acea zi.
- Zâmbiți copiilor! Mângâiați-i cu blândețe.
- Puneți lucrurile de care copiii au nevoie să le folosească la nivelul lor, în așa fel încât ei să poată face anumite lucruri independent. Permiteți-le să facă cât mai mult posibil (să așeze masa, să se îmbrace, să facă curățenie).

CAP. VIII Atașament și separare

1. Atașament

Hrana, adăpostul și curățenia (igiena), oricât de bune ar fi, s-a demonstrat că nu sunt suficiente pentru o dezvoltare normală a unui copil. Orice copil are nevoie de o persoană de care să se poată atașa; pe o perioadă de timp această persoană trebuie să răspundă nevoilor sale.

Atașamentul este legătura afectivă, durabilă, între două persoane. Este o nevoie fundamentală a fiecărui om.

Venind pe lume ca ființa cea mai neajutorată și necesitând din rațiuni de fond cea mai lungă perioadă de viață pentru a atinge maturitatea, ființa umană are nevoie de intervenția, în același timp mediatoare și formatoare, a mediului social și în primul rând al părinților. Sunt condiții fundamentale, indispensabile asimilării universului socio-cultural de către ființa umană și plasările sale în vârful piramidei evoluției. În acest proces al devenirii umane un loc aparte, esențial am spune, îl ocupă perioada primilor ani de viață. De aceea, perioada cea mai favorabilă pentru formarea legăturii de atașament este perioada primilor doi ani din viața copilului. Importanța atașamentului este majoră atunci când copilul este plasat într-o familie substitutivă după modelul asistenței maternale.

Semne care pot indica existența unei legături de atașament:

În primele luni de viață sugarul se orientează și emite semnale spre diferite persoane fără a le diferenția. Copiii se nasc capabili să distingă vocea mamei lor; în fapt ei exprimă o preferință pentru vocea mamei lor dintre toate celelalte voci.

Apoi, sugarul se orientează preferențial și emite semnale spre una sau mai multe persoane discriminate. Acest moment marchează începutul formării atașamentului. Copilul se află

în faza de reactivitate socială discriminativă. Apare surâsul social, deopotrivă cu creșterea reactivității vizuale; vocalizează spontan (gângurește) și răspunde vocalizărilor adultului sau când este luat în brațe de acesta; arată plăcere în jocul cu obiecte sau cu persoanele adulte. Copii de 2, 3 luni au demonstrat că interacționează diferit cu mamele, tații lor și cu un străin. Este mai probabil ca sugarul să zâmbească mamei sau îngrijitorului principal, de exemplu, sau să fie consolată de aceștia când este supărat. Totuși ei încă nu exprimă în mod consecvent o preferință spre o anumită persoană până după apariția focalizării atașamentului. Apariția acestui comportament se situează undeva în jurul vârstei de 5 -7 luni.

A treia fază a atașamentului începe de la vârsta de 8 luni și durează până la 3 ani. Copilul menține preferențial proximitatea față de persoana care-l îngrijește prin îndreptarea și emiterea de semnale spre aceasta. De exemplu, copilul merge în 4 labe după această persoană sau se întoarce periodic pentru contact, sau plânge și protestează dacă persoana respectivă pleacă (protestul de separare). Acesta este deseori luat ca definiție a atașamentului față de îngrijitor. Apogeul atașamentului în acest sens este la vârsta de 7 - 9 luni. Un criteriu important legat de aceasta este că sugarul pare să evite sau chiar să se teamă de persoanele nefamiliare (teama de străini).

Într-o altă fază apare formarea unui parteneriat scop - reglare între copil și îngrijitor. Până acum mama a servit ca resursă pentru copil, fiind disponibilă când era necesar. În acest moment, copilul începe să deducă scopurile și planurile persoanelor spre care se îndreaptă atașamentul său și să încorporeze sentimentele și motivele acestora în planificarea propriului lor comportament. Esența acestei faze este planificarea cooperativă și menținerea planurilor pentru evenimente legate de atașament, cum ar fi proximitatea și separarea. În această fază relația este negociată prin abilități simbolice și de comunicare mult mai sofisticate, care nu ar

fi fost posibilă unui sugar într-o fază precedentă. Aceasta este o caracteristică a vârstei de 3 ani, deși chiar și copiii de 2 ani se pot acomoda parțial, la cererea verbală a mamei de a aștepta întoarcerea ei.

Încurajarea atașamentului:

- Fiți alături de copil atunci când este bolnav, vizitați-l sau stați cu el dacă este în spital;
- Împărtășiți cu entuziasm micile lui bucurii și succese;
- Ajutați-l să facă față situațiilor mai dificile.

Un copil mic are nevoie să vadă figura persoanei care-l îngrijește ca să-și dea seama dacă este veselă sau tristă; cu un zâmbet forțat părintele nu va reuși să-l păcălească, ci doar să-l facă să devină îngrijorat. Un copil care este atașat de un adult nu se va înșela în legătură cu ceea ce acesta simte în acel moment, chiar dacă adultul va încerca să-i sugereze că nu are dreptate. Este mult mai simplu să-i spună o versiune simplificată a adevărului, ca de exemplu: "Mama este supărată pentru că tati este bolnav".

Este greu să determini un copil să nu se atașeze de alte persoane, fie că sunt cunoștințe de familie, vecini, sau chiar rude. Copilul nu va fi ferit de pericolul de a fi răpit sau abuzat de cineva dacă va fi învățat să nu vorbească cu străinii. Este frumos ca un copil să-l salute pe poștașul sau vecinul asistentului maternal și cum cel mai adesea cei cunoscuți sunt cei care ar putea răpi sau abuza copiii, cel mai bun lucru este să fie învățați să spună întotdeauna unde sunt și ce fac. Este destul de ușor să învețe acest lucru pentru că ei vor întreba mereu unde merge asistentul maternal și se simt liniștiți atunci când știu unde acesta se află, chiar și când este la baie.

Explicându-le că trebuie să spună orice mișcare pe care o fac, va fi mult mai greu pentru cineva să-i ademenească cu o bomboană și să-i urce într-o mașină.

Importanța legăturilor permanente:

În cadrul familiei sau în relația asistent personal-copil este foarte importantă comunicarea verbală și nonverbală, liniile

de forță afective, cele de atașament și identificare, etc. Copilul este în raport cu asistentul maternal o ființă dependentă și în formare față de care este, de obicei, atașat. El constituie obiectul interesului educativ al asistenților maternali, al afecțiunii lor, dar și un mediu al interacțiunii, al descărcărilor afective și de dominanță. Proximitatea vieții de zi cu zi și timpul îndelungat de conviețuire într-un spațiu intim fac ca rolul comunicării nonverbale, afective și expresive să fie foarte mare.

De regulă, copilul se identifică cu părinții, respectiv îngrijitorii, și asimilează imaginea lor, pe măsură ce acesta se maturizează și își câștigă progresiv independența. Absența îndelungată a unuia dintre părinți, fizică ori simbolică, mai ales în anumite perioade ale dezvoltării poate avea un rol psihopatogenetic prin lipsa unui referențial de identificare. La fel, comportamentul neadecvat al acestora, lipsa unor roluri clar definite (sexuale, de mamă și tată, de adult, de părinte), tensiunile și certurile repetate între părinți, dezordinea în stilul de viață familial sau atitudinile educative particulare (superprotecția, supracontrolul), neglijarea sau rejecția copilului sunt nefavorabile dezvoltării.

Unii adulți au îndurat greutăți mari în timpul copilăriei lor și în perioada de adolescență. Deși au întâmpinat multe piedici, au trecut peste obstacole și s-au dezvoltat în adulți sănătoși; alți adulți în aceeași situație nu au fost capabili să facă față acestei tranziții. Gândiți-vă la câteva momente ce li se poate întâmpla copiilor care sunt mutați din casă în casă când sunt mici și cum sunt ei răniți în acest proces.

Puneți-vă întrebările următoare: Ce fel de probleme întâmpină acești copii care sunt mutați din casă în casă? Neavând o stare (situație) permanentă, cum va fi experiența vieții lor? Sau cum se vor manifesta ei dacă vor fi plasați în centre de plasament în loc de a fi plasați într-o familie?

Răspunsurile se pot încadra în următoarele aspecte:

Copiii vor demonstra o capacitate limitată de a dezvolta relații personale cu alții, mai ales adulți; vor evita relațiile permanente. Viața lor va fi caracterizată de un șir de relații trecătoare. Vor ridica multe pretenții asupra altora dar vor refuza să accepte pretenții asupra lor. “Tragedia vieții lor de adulți va fi că, în absența dragostei, nu vor simți nici o durere când pierd”.

Mulți dintre acești copii au crescut într-un mediu sărăcit din punct de vedere emoțional. Acești copii nu vor fi capabili să arate nici un fel de animație, de exemplu: bucurie, umor, vină, remușcare, în situațiile care presupun acest tip de reacție. Faptul că ei nu se pot exprima este o consecință a felului în care au fost crescuți.

Copiii aceștia nu sunt capabili să se critice pe ei înșiși. Ei nu sunt capabili să învețe din experiențele lor zilnice.

Acești copii au foarte puțin control asupra comportării lor. Fac totul din impuls, fără a se gândi înainte.

Cu cine se formează atașamentul?

În majoritatea articolelor și în literatura de specialitate, relația de atașament este definită ca atașamentul pentru mamă, autorii presupunând că mama este singura sau principala persoană cu care sugarul formează relații de atașament. Cât este aceasta de adevărat? Unele studii sugerează că atașamentele timpurii sunt în mod obișnuit multiple și că deși cel mai puternic atașament este cu mama, nu este necesar să se întâmple de fiecare dată astfel, aceasta putând fi înlocuită cu succes de o persoană pregătită în acest sens.

Copilul depinde de părinți sau îngrijitori pentru mâncare, căldură, adăpost și protecție. Numai din aceste motive este important pentru nou-născut, să dezvolte atașament față de mamă (tată sau alt îngrijitor).

Insistăm, deci, afirmând că, teoria atașamentului se referă la *nevoia înnăscută de atașament*, de căutare a proximității adultului protectiv și se regăsește, prin definiție, o diadă adult

- copil aflată în interacțiune. Cei doi formează în interacțiune o legătură, numită *legătură de atașament* asupra căreia ne îndreptăm atenția. Calitatea acestei legături/relații este dată de modalitățile ei de formare și are tendința de a se permanentiza în cadrul cuplului amintit, pentru securizare, când devine *sistem de atașament*.

Relațiile de atașament sunt inițiate de adultul care percepe atât stimulii din mediu (semnificația lor) cât și efectul lor asupra copilului, prin semnalele acestuia. Prin capacitatea de empatie adultul dă semnificație, explică, „traduce” și decodează caracterul pozitiv sau negativ al acestora pentru copil și îi redă informația procesată.

Un adult, el însuși cu un sistem de *atașament sigur*, dobândit în interacțiune cu proprii părinți într-o nișă stabilă, are toate șansele să transmită același tip de atașament copilului.

Atunci însă, când condițiile de mediu sunt anxiogene cum sunt cele în care trăiesc copiii seropozitivi, stimulii din jur pot pune în pericol copilul sau adultul și îi amenință cu separarea. Adultul este el însuși anxios și exprimă autentic pericolul iminent pe care îl percepe pentru copil. Uneori mecanismele de liniștire puse în joc sunt eficiente doar parțial pentru că el însuși se află în dificultate. Dacă reușește să le comunice copilului, acestea au darul de a-l reconforta doar parțial pe copil, în sensul că prezența persoanei de atașament îi confirmă că ceea ce simte e real, dar pericolul din mediu îi semnalizează pe amândoi, nu îi lasă să-și deconecteze starea de alertă. În cazul în care figura de atașament lipsește, influența acestor factori se amplifică, copilul fiind lipsit și de sentimentul de securizare din partea acestuia. Relația de atașament care se poate forma este deci *anxioasă și ambivalentă*.

În fața “bombardamentului” de stimuli, atât din mediul natural, real, cât și din partea figurii de atașament, copilul dezvoltă un tip de atașament evident *anxios-evitant*, în care

semnalul fiind clar de apărare, se apără și devine “rezistent” chiar față de figura de atașament de care are atâta nevoie.

Dacă prin condițiile de mediu, copilul nu poate să găsească prin intermediul simțurilor nimic securizant în fața avalanșei de stimuli care înseamnă pericol real și nici nu are nimic care să creeze o ordine în haosul greu de perceput și interpretat, percepția securizării este *dezorganizată*. Copilul nu poate organiza nici selecta, nu poate realiza prezența securizantă, nu-și poate verifica competențele, nu-și poate exercita capacitățile. Astfel, pentru individ – în viața lui afectivă și socială – atașamentele cu alții sunt imposibile, deși capacitățile cognitive și de învățare, fiind nealterate, îl pot menține într-o aparentă integrare fizică și funcțională, nu însă și în dimensiunea de bine resimțit cu celălalt.

În tabelele de mai jos am încercat să sintetizăm relația dintre tipurile principale de atașament și comportamentele asociate ale îngrijitorului (tabel nr. 1), respectiv ale sugarului (tabel nr. 2).

Tabelul nr. 1 Clasificarea atașamentului și comportamentul corespunzător al îngrijitorului

Atașament sigur	Atașament nesigur anxios-evitant	Atașament nesigur anxios rezistent (ambivalent)
Căldură	Lipsa disponibilității emoționale	Impredictibil
Senzitiv în mod obișnuit	Nu-i place când copilul are nevoie	Responsabilitate lipsită de sensibilitate
Consecvent	Favorizează autonomia precoce	Răspunsuri neobișnuite

Consolează când este nevoie		Hiperactiv la teama copilului
Necondiționat		Supărător, intruziv

Tabelul nr. 2 Clasificarea atașamentului și
comportamentul corespunzător la copilul foarte mic

Atașament sigur	Atașament nesigur anxios-evitant	Atașament nesigur anxios-rezistent (ambivalent)
Inițiază interacțiunea	Preferință redusă pentru îngrijitor	Separare dificilă
Acceptă și oferă afectivitate	Amestecă evitarea cu proximitatea	Îngrijorat
Acceptă consolarea	Acceptă și oferă puțină afectivitate	Amestecă tendința pentru contact cu rezistența
Energic în explorare		

- ***Ciclul atașamentului sigur***

Interacțiunea copilului cu factorii de mediu: stimuli, persoana discriminată și nișa de habitat – duc la formarea matricei primare de atașament.

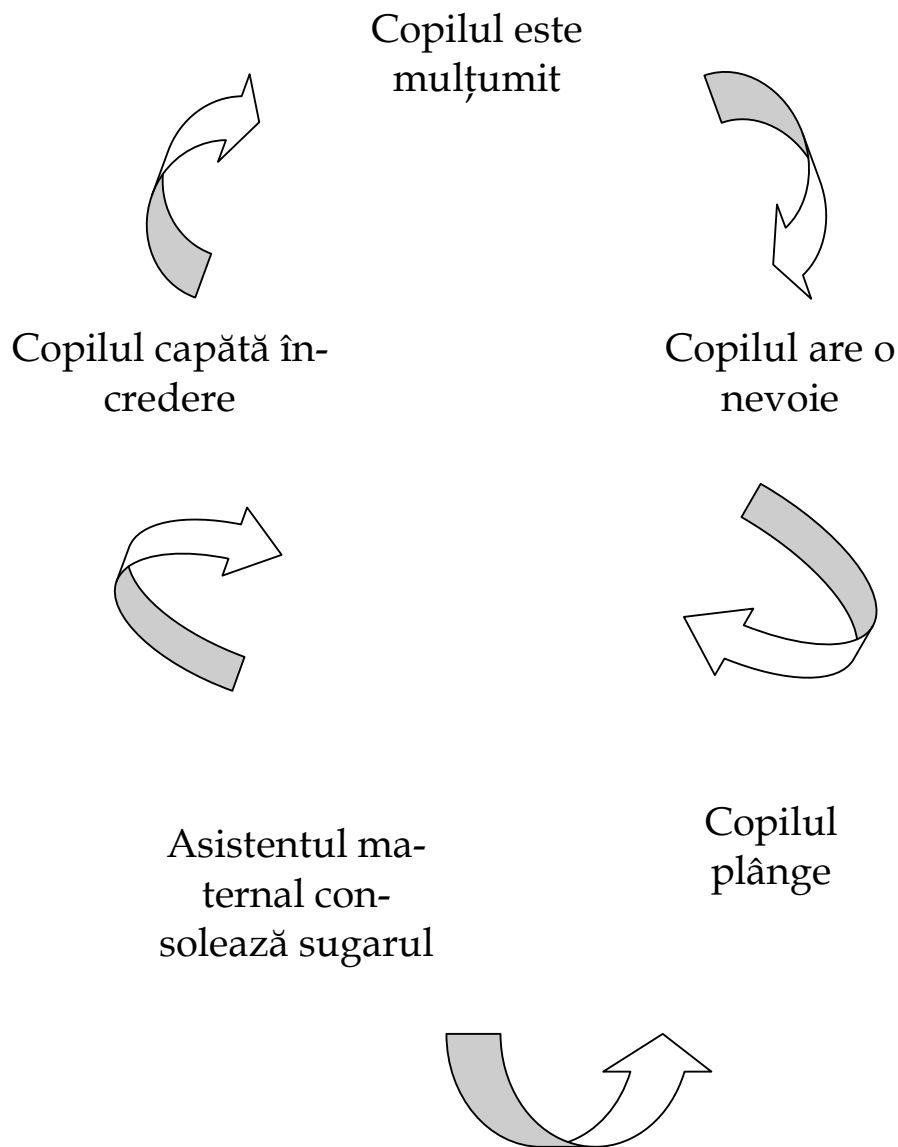
Stimulii pozitivi: miros specific al mamei, gustul laptelui matern, vocea umană modulată recunoscută, figura umană (linii ondulate, punct), expresivitatea, contactul tegumentar și corporal, temperatura corpului, etc. sunt stimuli purtători de mesaj în comunicarea nonverbală.

Nișa securizantă s-ar defini printr-un spațiu în care nivelul de stres perceput de copil este minim; el permite o explorare stimulativă, cu stimuli interesanți (percepuți drept favorabili explorării și detașării), care va conduce prin repetări

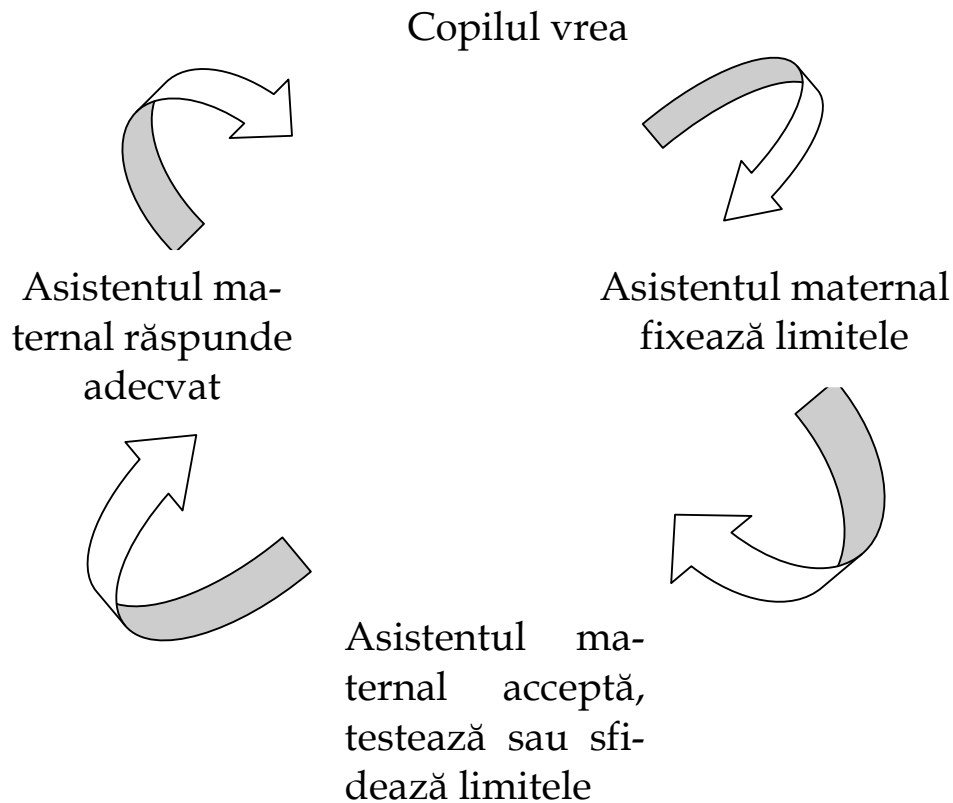
și experiențe succesive (verificate prin intermediul semnalelor pozitive de siguranță emise de figura adultă de referință) la comportamente care asigură un tip de atașament clasificat drept *sigur* (vezi fig. nr. 1).

Fig. 1 Ciclul atașamentului sigur.

a. Primul an din ciclul atașamentului sigur



b. Al II-lea an din ciclul atașamentului sigur



- *Simptomele comune copiilor care au probleme de atașament:*

Dezvoltarea conștiinței: nu manifestă anxietatea normală după un comportament agresiv sau brutal (crud); nu manifestă vinovăție pentru încălcarea legilor sau regulilor; proiectează vina asupra altora.

Controlul impulsivității: manifestă un control slab, depinde de alții pentru a-l avea; manifestă lipsă de prevedere (imprudență); are o concentrare slabă a atenției.

Auto-prețuirea: este incapabil să obțină satisfacție din sarcinile bine îndeplinite; se consideră pe sine însuși a fi incapabil să se schimbe; are dificultăți în a se distra; prezintă manifestări de auto-rănire.

Interacțiunea interpersonală: îi lipsește încrederea în ceilalți; solicită afecțiune dar îi lipsește profunzimea în relații; are

dificultăți în a primi și a dărua afecțiune; manifestă atractivitate și prietenie superficială față de străini.

Sentimente: are probleme în a-și recunoaște propriile sentimente; are dificultăți în a-și exprima sentimentele în mod adecvat, mai ales furia, tristețea și frustrarea. Are dificultăți în a recunoaște sentimentele altora.

Probleme cognitive: are probleme cu noțiunile de cauză și efect; are probleme cu gândirea logică; pare să confunde procesele de gândire; are dificultăți în a gândi în avans; are dificultăți cu gândirea abstractă.

Probleme de dezvoltare: poate să aibă dificultăți cu procesarea auditivă; poate să aibă dificultăți în a se exprima bine pe sine sau verbal.

2. Separarea

Separarea este despărțirea copilului, pentru o perioadă de timp sau definitiv, de persoanele de care s-a atașat. Despărțirile sau separările frecvente și neașteptate de adulții cu care s-a obișnuit nu trec neobservate de către copil, chiar dacă este mai mic de un an. Uneori se vorbește despre separare ca fiind chiar un "act chirurgical". Reacția la separarea de persoana cu care s-a obișnuit nu este întotdeauna imediată. După o perioadă mai lungă sau mai scurtă de aparentă bunăstare, unii copii pot prezenta tulburări diverse, exprimate prin mijloacele de care dispun și care constituie cel mai adesea limbajul corporal: febra brutală și fără nici o explicație, diaree, stări de vomă, otite, tulburări de comportament (refuz alimentar, refuz de a dormi).

Semnele care pot indica lipsa unei legături de atașament sunt:

În primele luni: evitarea contactului vizual, întoarcerea capului; zâmbetul este vag sau chiar inexistent; probleme de alimentație și somn; regurgitări sau stări de vomă frecvente; creșterea în greutate și înălțime întârzie fără o cauză organică.

La copilul mai mare: apar comportamente de auto-stimulare (rotirea capului, jocul excesiv cu mâinile, sugerea excesivă a degetelor); comportamentul de explorare este redus: privire și atitudine suspicioasă; nevoie excesivă de atenție; caută permanent afecțiunea, agățându-se de orice persoană; este de multe ori hiperactiv, agitat, neascultător.

Separarea sugarilor și a copiilor mici de persoanele de care aceștia s-au atașat, provoacă reacții ce se derulează în trei faze:

1. faza de protest: imediat după despărțire copilul protestează viguros, este foarte plângăreț și exigent, agățându-se de orice persoană care intră în contact cu el;

2. faza de disperare: plânsetele copilului se transformă treptat în gemete, acesta își pierde pofta de mâncare, scade în greutate și stagnează în dezvoltare;

3. faza de detașare: copilul își pierde interesul pentru persoanele din jur, se retrage în sine, expresia feței devine rigidă, se îmbolnăvește frecvent, întârzierea în dezvoltare devine generală și se instalează o stare de depresie.

Desigur că despărțirea este dureroasă și pentru un copil mai mare ca și pentru un adult. Dar, în timp ce adultul poate înțelege atunci când i se explică ce se întâmplă cu el, copilul mic, care nu dispune încă de un limbaj care să-i permită să înțeleagă, este complet neajutorat în fața unei astfel de situații.

- *Procesul de separare pentru copii și pentru părinți presupune mai multe faze:*

1. Negare / Refuz / Șoc

Copil: nu-i vine să creadă ce se întâmplă; s-ar putea să nu se manifeste. De exemplu, își va face treaba zilnic ca înainte, fără să arate că e supărat; s-ar putea să devină foarte liniștit / tăcut; să devină vesel fără să aibă motiv; să pară confuz, să refuze să mănânce; să aibă probleme cu somnul; să refuze să vorbească despre schimbare, cum îl afectează; poate să devină

incapabil de a planifica viitorul lui; să înceapă să trăiască într-o lume de fantezie.

Părinți: s-ar putea să nu fie capabili să demonstreze o reacție emoțională către copil; să devină incapabili să facă planuri de a vizita copilul.

2. Furie

Copil: s-ar putea să plece de acasă, să devină bolnav fizic (să vomite, dureri de cap); să aibă crize de nervi, să devină isteric, să rupă jucării, obiecte, să deterioreze mobila; să înceapă să „ude” patul noaptea; să înceapă să înjure și să se rănească pe sine însuși; să nu se mai îngrijească (să se pieptăne, să se spele pe dinți, să se îmbrace etc.).

Părinți: s-ar putea să devină furioși și să-și exprime furia către asistentul social, familia de îngrijire temporară, anumite organizații, către copil; s-ar putea să înceapă să înjure copilul, să-l amenințe etc. Căutând să se menajeze de acest stres, s-ar putea să blameze copilul pentru tot ce se întâmplă.

3. Învoiala

Copil: va începe să facă tot posibilul ca să se poată întoarce din nou acasă, va promite să fie un copil bun; va deveni ascultător față de părinții sau de asistentul social; pe de altă parte, s-ar putea să devină răzvrătit, să se îmbolnăvească și să refuze să se facă bine până la întoarcerea acasă; copiii care sunt mai mari s-ar putea să-și întoarcă privirea către religia lor.

Părinți: s-ar putea să reducă seriozitatea problemei sau să înțeleagă nevoile copilului ca astfel să îl câștige înapoi; s-ar putea să negocieze cu asistentul social sau cu familia de îngrijire temporară, ajungând, de exemplu, să-și schimbe locul unde trăiește, să-și schimbe serviciul etc.

4. Disperare

Copil: când toată lupta s-a terminat și nu mai merge nici cu învoiala, copilul s-ar putea să devină apatic, letargic, deprimat, retras; s-ar putea să arate bine, dar în realitate el este suferind; s-ar putea să aibă coșmaruri, să-și piardă pofta

de mâncare și ar putea să aibă probleme la școală. În momentul acesta, copilul a renunțat la orice speranță de a se întoarce acasă și nu poate accepta un părinte înlocuitor.

5. Detașare și acceptare

Copil (în cazul decesului unuia sau ambilor părinți): întristarea, perioada de doliu, va fi depășită când: copilul va fi capabil să-și facă noi relații, mai ales cu oameni adulți; va fi capabil să accepte situații noi cu foarte puțină dezamăgire. Copiii mai mari vor fi capabili să-și hotărască situația lor în legătură cu plasarea în familie etc. Dacă perioada de doliu nu va fi depășită atunci un proces de detașare va avea loc, iar copilul va fi incapabil să devină implicat emoțional în relația cu alte persoane, cu excepția unui mod superficial; copilul s-ar putea să se aștepte la multă căldură dar când o va primi o va respinge; va suferi o deprimare cronică, va avea o comportare neplăcută în mediile sociale, va pierde încrederea în toți și toate și va fi foarte speriat.

Părinți (în cazul în care copilul decedează): dacă perioada de doliu va fi depășită, este posibil ca părinții să se preocupe mai mult de ei înșiși. Aceasta va avea ca rezultat o comportare pozitivă, și o capacitate mai mare de a se încrede în alții. Este posibil ca părinții să ajungă până la negarea existenței copilului, să devină plini de suspiciune, astfel încât alții nu vor mai avea încredere în ei. Comportarea aceasta s-ar putea să determine abuz alcoolic, bulimie sau ruperea relațiilor cu alte persoane importante.

CAP. IX Abuz și neglijare

1. Tipuri de abuz

Abuzul fizic asupra copilului poate însemna:

- Folosirea forței fizice de către un îngrijitor, care duce la lezarea copilului (statisticile arată că cele mai multe persoane care abuzează fizic de copii sunt bărbați);
- Acte periculoase la care este supus copilul (baie rece sau fierbinte, expunere la acțiuni ale substanțelor nocive etc.);
- Pedepse aspre sau umilitoare (copilul nu este lăsat să doarmă sau să mănânce atunci când acesta are nevoie, este obligat să stea la colț, îngenunchiat, legat etc.);

De asemenea, un act care se întâmplă (uneori conștient, alteori inconștient) este neglijarea fizică a copilului, ceea ce înseamnă ignorarea, cronic sau episodic, a nevoilor acestuia (hrană, îmbrăcăminte, îngrijire medicală, supraveghere, afecțiune, stimulare senzorială, educație etc.), ceea ce duce inevitabil la afectarea normalității procesului de dezvoltare a copilului.

Multe cazuri de abuzare a copilului se produc în familia acestuia, atunci când părintele sau ocrotitorul acestuia încearcă să-i impună o disciplină, fără să țină cont de efectele negative deosebit de grave pe care le poate avea acest proces, atunci când este nepotrivit aplicat. Disciplina și abuzul sunt, însă, două acțiuni cu totul diferite.

Disciplina constă în stabilirea unui sistem de valori prin care copilul este ajutat să discearnă între bine și rău, este obișnuit să gândească înainte de a acționa, este învățat să relaționeze cu alți copii și cu adulții, stimulat pentru a deveni

conștient de existența pericolelor și a le evita, este deprins cu autocontrolul și autodisciplina.

Abuzul copilului, în procesul educațional, stabilește frica, menține dominarea, impune o stare de supunere, însuflă durere, crează sau menține o dependență, îi împiedică procesul de dezvoltare, maturizarea, reprimă simțul ego-ului, crează un comportament nefuncțional, prevalând nevoile adultului în defavoarea celor ale copilului.

Generalizând, prin abuzarea unui copil se înțelege orice act săvârșit de un adult, care dăunează dezvoltării acestuia, care este distructiv fizic sau emoțional pentru el.

În urma unor studii efectuate de specialiști în domeniul abuzării și neglijării copilului, s-au identificat mai multe forme de manifestare ale acestora.

Respingerea este refuzul adultului de a asigura copilului satisfacerea nevoilor sale. Copilul respins atunci când solicită intervenția adultului se va simți neiubit, îi va urî pe cei din jurul lui deoarece nu-l ajută atunci când are nevoie; totodată sentimentul de ură se va instala și în ceea ce privește persoana lui (dacă i se arată că nu este dorit și că prezența lui nu înseamnă nimic, el se va simți inutil și se va urî chiar pe sine). În general, cazurile de respingere duc la abandon.

Izolarea unui copil înseamnă a-l priva de relațiile naturale cu exteriorul, de a-l însingura, îngrădindu-i accesul la lumea înconjurătoare. Implicit, îi este limitată posibilitatea de a cunoaște, de a descoperi alți copii sau adulți, de a se relaționa cu ei. Atât izolarea în cadrul familiei cât și izolarea față de ceilalți, odată cu familia sa, sunt nefaste pentru dezvoltarea copilului, ducând la o permanentă teamă de exteriorul universului lui, la o percepție greșită a societății în care trăiește.

Terorizarea este o formă foarte gravă de abuz, care se poate manifesta sub mai multe forme, prin acțiuni care instaurează

teama, disperarea. Crearea unui climat de imprevizibil și necunoscut, pedepsele aspre, stabilirea unor așteptări de nerealizat pentru copil, chiar agresarea verbală, alterează mediul de dezvoltare al acestuia. Uneori, când întâmpină probleme, adulții “uită” că un copil nu trebuie să asiste la discuțiile lor aprinse, și îl transformă într-un spectator al unor scene dure, de neînțeles pentru el. Expunerea copilului la violențe îl va neliniști și speria la început, dar dacă acestea se vor repeta, el se va obișnui și le va percepe ca acte normale în viață, devenind ulterior necesități. De exemplu, atunci când el va avea de rezolvat o situație, va încerca să o soluționeze prin violență.

Ignorarea constă în privarea copilului de stimularea esențială dezvoltării acestuia. Copiii ignorați la o vârstă mică se resemnează, devenind de cele mai multe ori autiști. Dacă, însă, ignorarea survine când copilul este mai mare, acesta va recurge la o serie de acțiuni “șocante” pentru a capta atenția adultului (țipat, trântit pe jos, acțiuni distructive sau autodistructive, chiar sinucidere).

Coruperea reprezintă subminarea integrității morale, împotriva cunoștinței copilului, socializarea acestuia într-un sens negativ, stimularea unor comportamente rele. Copiii corupți sunt greu de readus la o viață normală, de cele mai multe ori (chiar dacă se vor integra în societate) nu se mai adaptează la normalitate.

2. Efecte ale abuzului și neglijării asupra copilului

Sugarii abuzați sau neglijăți vor stagna în creștere, vor deveni foarte ușor iritabili, iar comportamentul lor social va fi neadecvat, ducând la retard în dezvoltare, atât din punct de vedere fizic, cât și afectiv-emoțional.

La copiii mai mari abuzul și neglijarea conferă sentimente de inferioritate, de copil neiubit, care deformează imaginea lumii exterioare, aceasta determinând comportamente sociale

defectuoase. Aceștia sunt anxioși, de cele mai multe ori manifestându-se agresiv cu cei din jur sau cu ei înșiși.

Tinerii a căror dezvoltare a fost afectată de acțiuni abuzatoare sau de neglijare devin depresivi, distructivi sau sinucigași.

Indicatori ai comportamentului unui adolescent, care pot arăta faptul că este obiectul unui abuz: descreșterea randamentului școlar; sarcină (la fete); abuz de substanțe medicamentoase, alcool, tutun; predelicvență – delincvență; prostituție; reacții fobice; tentative de suicid; dificultăți în concentrare; izolare; depresie; pierderea respectului de sine; ostilitate și furie; promiscuitate; schimbări majore față de comportamentul obișnuit; fuga de acasă / de la școală; enurezis; torturarea animalelor; surse misterioase din care primește daruri și bani.

CAP. X. Decesul Copilului

1. Atitudinea asistentului maternal față de moartea copilului

Infecția HIV la copil îndeplinește criteriile de încadrare în rândul bolilor cronice. Ca în orice boală cronică, suferința copilului interferează viața familiei care are în îngrijire copilul și nu este fără consecințe extrafamiliale. Infecția HIV nu distruge progresiv doar sistemul imunitar, ci distruge în același timp și imunitatea psihologică și socială a copilului.

SIDA este o boală incurabilă, iar decesul copilului - previzibil. Infecția HIV reprezintă încă echivalentul unei condamnări la moarte. Acompanierea copilului pe ultimele sute de metri oferă oportunitatea celor din jurul lui să îi asigure tot confortul fizic, psihologic și spiritual de care copilul are atât de multă nevoie. Plasarea unui copil infectat cu HIV ce provine dintr-un centru de plasament într-o familie de asistență maternală îi poate oferi șansa de a fi ocrotit și îngrijit cu atenție, posibilitatea de a experimenta ce înseamnă să fii important, iubit, să primească compasiune. Astfel, familia de îngrijire și copilul trăiesc împreună debutul procesului de doliu, pregătesc despărțirea.

Atunci când moartea copilului se produce, membrii familiei în mijlocul cărei și-a petrecut ultimele clipe, încep să se întrebe de ce nimeni nu i-a învățat cum să facă față acestei pierderi. Asistentul maternal poate experimenta sentimente de frică, anxietate, disperare, frustrare ("Dacă aș fi știut la ce să mă aștept, poate că m-aș fi comportat mai bine").

De aceea, în această perioadă, relația familiei și a copilului cu asistentul social și psihologul este binevenită, deoarece, pe parcursul întrevederilor pe care le au și prin participarea la un grup de suport, persoana care va rămâne îndoliată are ocazia să vorbească despre ceea ce simte și de a se descărca de sentimentele pe care le experimentează în fața inevitabilei pierderi. Și asta pentru că sunt situații în care ajutorul celor apropiați nu este de ajuns. În afară de tristețea despărțirii, decesul aduce și o oarecare ușurare, deoarece încheie experiența suferințelor morale ale copilului și anturajului, degradarea fizică a copilului, care devine din ce în ce mai puțin capabil să ducă o viață normală.

Orice individ care se confruntă cu decesul unei persoane apropiate, deci și asistentul maternal, trece prin mai multe faze ce constituie așa numitul “travaliu de doliu”. Acesta se concretizează în:

- *Recunoașterea efectivă a morții*: este o realitate care are nevoie să fie concretizată pentru a se putea trece la alte etape – este important ca persoana care tocmai a suferit o pierdere să o vadă pe cea care a murit, să o atingă, să simtă și să realizeze că este fără viață. Este de fapt o fază de șoc și de negare, care trebuie depășită. Sunt persoane care trăiesc această etapă de negare mai mult timp. Și asta pentru că părinții sau persoanele care îngrijesc copilul au așezat momentul despărțirii într-un viitor foarte îndepărtat (orice speranță a unei terapii eficiente, orice semn că starea de sănătate a copilului ar fi bună i-a ajutat până acum să se îndepărteze de realitate). Dacă familia care îngrijește copilul este prezentă atunci când survine decesul, rămân în amintirea colectivă toate micile

detalii ale ultimelor clipe – aceste amintiri fiind momente de referință pentru perioada următoare.

- *Recunoașterea și acceptarea pe deplin a durerii:* indiferent ce face, spune, gândește persoana care tocmai a pierdut pe cineva apropiat, ea nu poate evita durerea pierderii suferite. Cel mult poate, pentru o vreme, să minimalizeze situația, dar această minimalizare nu schimbă cu nimic starea cu care se confruntă. Cea mai eficientă modalitate de a depăși durerea este chiar trăirea ei.
- *Exprimarea emoțiilor:* recunoașterea, validarea și exprimarea tuturor emoțiilor sunt pași esențiali în travaliul de doliu. Asta înseamnă că familia ce a pierdut un copil trebuie să accepte ceea ce simte.

2. Evoluția conceptului de moarte la copil

Atitudinea față de moarte se constituie și se schimbă în cursul evoluției individuale. Problema nu a fost îndeajuns studiată, deoarece moartea a rămas un subiect tabu, omorul, genocidul, sinuciderea fiind temele care au fost studiate mai mult.

Copilul mic infectat HIV nu realizează dimensiunea dramei, dar pe măsură ce escaladează treptele dezvoltării cognitive, din multiple mesaje directe sau indirecte, el intuiește curând că suferă de o boală care-i va limita posibilitățile de afirmare școlară și socială într-un viitor mai mult sau mai puțin îndepărtat și, în curând, constată că aceasta îi limitează și relațiile psihosociale prezente, chiar dacă un timp îndelungat el nu se deosebește prin nimic de colegii și prietenii săi.

Copilul începe prin a nu ști ce este moartea, apoi – pentru că nu o înțelege – o neagă. În a doua etapă, moartea este

asimilată cu o boală lungă, cu o dispariție provizorie. Astfel, între 3 și 5 ani moartea este văzută de către copil ca temporară și reversibilă. Copilul la această vârstă consideră moartea ca o continuare a vieții. El crede că persoana moartă aude, gândește, mănâncă. Până la vârsta de aproximativ 9 ani copilul personifică moartea și și-o imaginează ca o ființă întunecată, înfricoșătoare și scheletică, dar nu se vede pe el mort. Copilul la această vârstă se poate gândi la moarte ca la un trup mort, fără să facă distincție între cele două concepte. El nu poate înțelege conceptul, pentru că moartea nu există în propriile lor gânduri. Putem spune, deci, că în copilărie problema morții este ignorată și, când are loc, moartea nu este înțeleasă. Încetul cu încetul, survine înțelegerea procesului biologic, reprezentarea bazată pe fapte sociale, ultimul element achiziționat – după vârsta de 9 ani - fiind tocmai caracterul ireversibil și universal. Fără o experiență personală, copilul nu poate înțelege moartea. În adolescență ideea morții se conturează ca o anomalie pe seama căreia se constituie marea teamă și marile iluminări lăuntrice. Adolescentul nu are cum să-și dezvolte atitudini mature despre moarte, nu are în vedere pericolul, deși înțelege că moartea este un fenomen prin care trece orice individ.

Un aspect comun în studiile asupra pierderii este acela că mulți părinți sau persoane care îngrijesc copilul seropozitiv nu sunt conștienți de gândurile și sentimentele copilului în momentele ce preced despărțirea. Nu numai că subestimează nevoia copilului de a fi informat, dar ei subestimează intensitatea, întinderea și adâncimea reacțiilor copilului. Acompanierea copilului în ultima parte a vieții poate fi perturbată de avalanșa de emoții pe care o trăiesc părinții sau persoanele care îngrijesc copilul. Astfel că, se poate ajunge la

retragerea emoțională a copilului în fața durerii părinților, a disperării exprimate verbal și nonverbal. Copilul se poate simți confuz în fața reacțiilor intense ale părinților, reacții pe care nu este capabil să le prelucreze.

3. Procedura utilizată în cazul morții copilului aflat în îngrijirea unui asistent maternal

În cazul în care copilul moare, părinții biologici vor fi informați imediat. Fundația va sprijini familia de îngrijire temporară pe parcursul procedurii funerare și pentru obținerea următoarelor acte: certificat medical / juridic, înregistrarea decesului și cauza sa; dovada de notificare oficială a Parchetului; certificat de deces; autorizație de înhumare. Conform legii, în toate cazurile de deces ale copiilor în vârstă de până la un an, notificarea Parchetului este obligatorie. Cheltuielile de înhumare sunt acoperite de către familia biologică dacă a fost vorba de un caz de reintegrare. Fundația poate oferi asistență dacă se constată ca familia nu poate rezolva singură situația și dacă asistentul social recomandă aceasta.

CAP. XI Rolul grupurilor de suport

Încurajarea familiei de îngrijire constituie un aspect important al intervenției asistentului social cu scopul normalizării vieții de familie și al acceptării unei viziuni realiste asupra mijloacelor de vindecare al copilului seropozitiv. Oferirea de suport reciproc și permanent reprezintă o necesitate pentru asistenții maternali care au în îngrijire un copil seropozitiv. O formă a acestui sprijin o poate reprezenta *grupul de suport* format din asistenții maternali care au în plasament sau încredințare un copil seropozitiv, având ca intermediari asistentul social și psihologul implicat în asistarea copiilor cu HIV/SIDA. De asemenea, un rol important în terapia copiilor seropozitivi îl are constituirea unor grupuri de suport destinat acestora.

Constituirea unor astfel de grupuri de suport reprezintă o modalitate de a discuta despre ceea ce simte fiecare, de a exprima emoțiile și sentimentele față de și între cei bolnavi, de a împărtăși unul altuia realizările și insatisfacțiile, bucuriile și nemulțumirile legate de viața personală.

Grupul de suport este un grup format din membri care au în comun același tip de probleme și care, prin intermediul acestei forme de întâlniri, decid să-și împărtășească unii altora aceste probleme, precum și să se sprijine reciproc în direcția depășirii lor. Condițiile esențiale în cadrul acestui grup le constituie comunicarea și ascultarea atentă. A comunica înseamnă a împărtăși cunoaștere și experiență, a schimba informație, a cristaliza o relaționare plină de înțeles.

Formarea unui grup de suport trebuie să parcurgă câteva etape, și anume:

- Familiarizarea membrilor grupului între ei – în cazul familiilor de asistenți maternali care au în plasament sau încredințare copii seropozitivi, aceștia se cunosc între ei

prin intermediul întâlnirilor de la sediul Fundației „Alături de Voi”;

- Stabilirea valorilor și regulilor de grup – regulile sunt stabilite de comun acord și se încearcă respectarea acestora pe parcursul întâlnirii;
- Dezbaterăa unor subiecte de interes comun în funcție de nevoile grupului, cu accent pe împărtășirea emoțiilor și trăirilor personale;
- Stabilirea modalităților de primire a unor noi membri și a facilitării acomodării acestora în cadrul grupului;
- Aprofundarea nivelului de interacțiune în grup cu scopul creșterii coeziunii grupului.

În cazul asistenților maternali care au în plasament sau încredințare copii seropozitivi, grupul de suport constituie o formă de înțajutorare reciprocă deoarece în cadrul acestor întâlniri ei își împărtășesc unii altora informații legate de evoluția bolii, comportamentul celui bolnav, nevoile pe care le necesită acesta, noutăți cu privire la tratament și, nu în ultimul rând, împărtășirea sentimentelor personale.

Pentru ca interacțiunea dintre membrii grupului să fie cât mai eficientă, aceștia trebuie să-și arate disponibilitatea de a-i asculta pe ceilalți, de a-și exprima sincer și deschis sentimentele, dorința de a împărtăși celorlalți problemele personale, capacitatea de a-i ajuta pe ceilalți la nevoie.

Deoarece cei care au în îngrijire un copil sau o persoană seropozitivă se confruntă cu același tip de probleme inerente acestei boli, grupul de suport reprezintă o sursă de reasigurare emoțională pentru membrii săi. În interiorul grupului fiecare simte că problema lui este înțeleasă, acceptată și împărtășită de ceilalți parteneri de grup. De exemplu, dacă un asistent maternal se plânge de faptul că tratamentul cu antiretrovirale specific bolii este refuzat de copilul seropozitiv, ceilalți asistenți maternali îi înțeleg situația și caută împreună soluții pentru rezolvarea acestei probleme. Acest lucru se întâmplă

deoarece fiecare dintre ei s-a confruntat cu această problemă și fiecare a căutat modalitatea optimă prin care copilului să i se administreze în mod corect și la timp acest tratament. De asemenea, asistenții maternali își recomandă unii altora rețete de tratamente naturiste care pot veni în sprijinul copiilor bolnavi și care, în unele situații, au avut rezultate pozitive asupra stării de sănătate a acestora.

Un alt aspect important al întâlnirilor de grup este acela că promovează contactul social, reducând astfel alienarea și izolarea. Este o ocazie de interacțiuni și schimburi interpersonale complexe, în sensul că membrii grupului pot schimba informații despre problemele lor, pot lua contact cu atitudini și credințe diferite față de aceeași problemă, pot constata că nu sunt singuri în fața durerii.

De aceea, grupul de suport încurajează ajutorul mutual și autoajutorarea. Exprimarea sentimentelor fiecărui asistent maternal în cadrul grupului defulează persoanele de stările negative intervenite ca urmare a faptului că a avut loc decesul unuia dintre copiii seropozitivi aflați în plasament. Acest lucru îi ajută să facă apel la propriile capacități și resurse pentru a face față situației și a găsi metode de ameliorare a problemelor personale.

Totodată, aceste întâlniri constituie cadrul de dezbatere asupra rezolvării unor probleme comune legate de:

- Îngrijirea copilului seropozitiv;
- Problema tratamentului cu antiretrovirale;
- Eventualele probleme apărute la școala unde învață copilul seropozitiv ca urmare a aflării diagnosticului de către ceilalți colegi de clasă;
- Alte probleme specifice bolii.

Sprijiniți de către asistentul social sau specialistul care are rol de mediator în cadrul acestor grupuri, se urmărește coeziunea membrilor grupului de a face față acestor probleme și de a găsi diferite modalități de rezolvare.

Rolul asistentului social sau a psihologului care lucrează cu grupul de asistenți maternali ce au în îngrijire un copil seropozitiv este acela de a crea o mai bună înțelegere între toți participanții, astfel încât să se reducă diferențele de percepție și expectanță față de boala copilului.

De asemenea, foarte importante sunt grupurile de suport prin care se urmărește pregătirea asistenților maternali în a comunica diagnosticul copilului seropozitiv pe care îl au în îngrijire sau în a vorbi deschis cu acesta în cazul în care cunoaște adevărul despre boala sa. Având în vedere faptul că majoritatea copiilor seropozitivi plasați sau încredințați în asistență maternală au vârste cuprinse între 9-15 ani, ei trebuie să devină responsabili în mod activ pentru a-și putea înțelege nevoile, pentru a-și defini problemele și a găsi soluțiile cele mai bune pentru rezolvarea acestora. Astfel rolul grupurilor de suport este acela de a găsi resursele necesare pentru a identifica problemele și de a găsi soluții la acestea.

Bibliografie

- Anghelina C., Avram Daniela, Buzducea D., - „Primii pași - Ghid de asistență psiho-socială a familiilor afectate de HIV/SIDA și a personalului implicat în îngrijirea lor”, Ed. Astrobios, București, 1999.
- Atanasiu A. - „Elemente de psihologie medicală”, Ed. Medicală, București, 1983.
- Asociația Română Anti SIDA - „Ghid de asistență psiho-socială a persoanelor seropozitive, Piatra Neamț, 2000.
- Asociația Adolescentul & Fundacio Saluti Comunitat - „Ghid de integrare a adolescenților infectați cu HIV”, Ed. pentru Știință și Educație, București, 1999.
- ARAS, CESAL, FDPSR - „Cuvinte și tăceri”, program PHARE.
- Buzducea, D. - „SIDA. Confluente psihosociale”, Editura Știință și Tehnică, București 1997.
- Cajal, M. - „Educarea copilului în familie”, Editura Medicală, București 1975.
- „Copilul seropozitiv, familia și rețelele”, Concluziile cursului de pregătire pentru asistenții sociali, București, 17-18 mai, 1999, organizat de UNICEF, FDPSR, AVSI.
- Focus on the Family - „Haideti să vorbim despre sex - Un ghid pentru părinții adolescenților”, 1998.
- Holt România - „Ghiduri de bună practică în asistența socială a copilului și familiei”, Ed. Lumen, 2002.
- Holt România - „Instruire și proceduri pentru asistenții maternali”, București, 1999, lucrare editată cu sprijinul UNICEF, România.

- Lupu V. - „Curs de hipnoterapie și psihoterapia cognitiv comportamentală a copilului și adolescentului”.
- Miftode V.- „Dimensiuni ale Asistenței Sociale”, Ed. Eidos, Botoșani, 1995.
- Mitrofan I., Buzducea D. - „Psihologia pierderii și terapia durerii”, Ed. Albedo, București, 1999.
- Neveanu P.P. - „Dicționar de psihologie”, Ed. Albatros, București, 1978.
- Pașca M.D. - „Acordarea asistenței psihopedagogice copilului infectat HIV”, Ed. Ardealul, 2000.
- Petrea S. - „SIDA. Trecerea oprită”, Ed. ALL, București, 1997.
- Petrea S. - „Ghid de consiliere pentru testarea HIV”, Ed. ALL, București, 1998.
- Petrea S. - „Copilul dumneavoastră și SIDA”, Ed. ALL, București, 1999.
- Rășcanu R. - „Psihologia medicală și asistența socială”, Ed. Știință și Tehnică, București, 1997.
- Șchiopu U. - „Psihologia vârstelor”.
- Verza E., Verza F.E. - „Psihologia vârstelor”, Ed. Pro Humanitate, București, 2000.

Anexe

ANEXA I - Codul etic pentru părinții foster

Preambul

Fiecare rupere a legăturilor familiale de bază reprezintă o traumă pentru copilul implicat și de aceea ar trebui evitată de câte ori este posibil și este spre binele copilului.

Dacă nu există posibilitatea ca un copil să rămână în cadrul familiei sale biologice, el ar trebui să fie plasat într-o structură asemănătoare celei familiale care îndeplinește nevoile biologice, psiho-sociale, de dezvoltare și spirituale ale copilului.

Plasamentul în îngrijire familială temporară nu este conceput a fi un plasament pe o perioadă nedeterminată de timp sau pe termen foarte lung, ci ca un proces de intervenție dirijată pe o perioadă de timp variabilă, dar determinată. Planificarea permanenței face parte din sistemul de îngrijire familială temporară de succes.

Asistenții maternali trebuie să fie capabili să stabilească relația cu copilul încredințat. Această relație trebuie să faciliteze cunoașterea și învățarea de către copil a istoriei și identității sale. Asistentul maternal trebuie să ofere copilului climatul psiho-social care să faciliteze atașamentul adecvat vârstei.

Motivația principală a asistentului maternal trebuie să fie aceea de a oferi un mediu stabil pentru un copil care are nevoie urgentă de el.

Pregătirea profesională, instruirea și supervizarea permanentă au o importanță deosebită în ajuta și pregăti asistentul maternal să conducă această relație complexă dintre copilul încredințat și nevoia lui de legături stabile constante.

În completarea educației familiale tradiționale, asistentul maternal oferă copilului ajutor profesional calificat și, din acest motiv, ar trebui să aibă dreptul la salariu, asigurare socială și supervizare profesională permanentă.

Prin recunoașterea îngrijirii familiale temporare profesioniste, asistenții maternali sunt considerați a face parte dintr-un sistem multi-profesional de asistenți având drepturi egale. Ei trebuie să colaboreze, inclusiv în situațiile critice, având ca țel final comun bunăstarea copilului.

Îngrijirea copiilor, fie că au talente speciale sau nevoi speciale (ex. copiii cu diferite handicapuri, întârzieri în dezvoltare, tulburări de comportament sau aparținând minorităților etnice), solicită atitudini și abilități speciale și instruire specială a asistentului maternal și, din acest motiv, ar trebui să fie recunoscută și plătită separat.

Responsabilitatea deosebită a asistenților maternali și complexitatea muncii lor îi îndreptățește la cea mai înaltă recunoaștere morală și socială.

Introducere

Codul Etic pentru asistentul maternal are ca scop definirea standardelor de îngrijire familială temporară și liniile directoare pentru acceptarea și aprecierea acestui gen de muncă socială.

Codul Etic are următoarele roluri:

- Să stabilească sarcinile etice și țelurile pentru îngrijirea familială temporară solicitând sprijin particular și public adecvat.
- Să marcheze acele domenii în care pot apărea probleme.
- Să ofere căi și metode de a trata astfel de probleme.

Codul Etic al asistenților maternali profesioniști de ocrotire temporară cuprinde standardele etice ale îngrijirii familiale temporare și, din acest motiv, ar trebui să fie

prezentat la cursurile de instruire pentru asistenții maternali, el constituindu-se într-un ghid al reușitei în această activitate.

Evaluarea personală

Acest Cod Etic reprezintă o însumare a liniilor etice directe pentru asistenții maternali în relațiile lor cu membrii familiilor biologice sau adoptive, cu alți membri ai familiei de îngrijire și cu profesioniștii. Toți membrii familiei unui asistent maternal joacă un rol important în implementarea planului de îngrijire familială temporară și ei trebuie respectați pentru că aduc o contribuție pozitivă întregii societăți.

Acest Cod Etic definește, de asemenea, regulamentele etice ce trebuie luate în considerare înainte de a efectua plasamentele de îngrijire familială temporară.

Importanța regulamentelor

Este necesar ca asistenții maternali să aibă o înțelegere clară a drepturilor și îndatoririlor legale pe care le au în această calitate.

Pe de altă parte, asistenții maternali au dreptul să se aștepte ca autoritățile responsabile să creeze condiții de muncă prin care să asigure respectarea drepturilor și a îndatoririlor asistenților maternali.

Autoritățile locale ar trebui să contribuie și să participe personal, dacă va fi cazul, pentru sprijinirea asistenților maternali, în așa fel încât să-și aducă o contribuție efectivă pentru îmbunătățirea condițiilor de trai ale copilului aflat în dificultate.

Standardele etice de bază

Țelul principal al asistenților maternali, avut în vedere în îndeplinirea îndatoririlor lor zilnice în cadrul propriei lor familii, trebuie să coincidă cu interesul superior al copilului.

Asistentul maternal trebuie să creeze condiții de trai adecvate pentru copil și să-și îndeplinească îndatoririle într-un mod responsabil.

Asistenții maternali care corespund standardelor morale descrise în acest cod merită aprecierea morală.

Asistenții maternali au obligația să respecte dreptul copilului la asistență specială și intervenție conform necesităților.

Reguli pentru îngrijirea unui copil

Asistenții maternali au obligația morală să asigure integritatea și capacitatea propriei lor familii când primesc în ea un copil.

Înainte de a primi un copil, asistentul maternal trebuie să ia în considerare cheltuielile efective generate de această nouă sarcină.

Asistenții maternali trebuie să-și exprime preferințele referitoare la vârstă, sexul și numărul de copii pe care dorește să-i primească în plasament. Ei vor specifica și perioada de timp în care vor fi capabili să îngrijească copilul. Dorințele și opiniile lor trebuie luate în considerare.

Orice acord pentru îngrijire familială temporară va fi încheiat numai după ce s-au oferit asistentului maternal toate informațiile semnificative referitoare la copil.

Asistenții maternali vor dobândi suficiente cunoștințe și abilități în diferite domenii ale îngrijirii și protecției copilului pentru a fi capabili să decidă dacă profesia aceasta este în interesul lor. Pentru a accepta să devină asistenți maternali ei trebuie să ia în considerare acordul și înțelegerea copiilor biologici, vecinilor și membrilor familiei lărgite.

Standardele etice pentru creșterea copiilor

Se înțelege de la sine că asistenții maternali își acceptă copiii plasați așa cum sunt; aceasta include trecutul, prezentul și viitorul lor, calitățile și problemele lor.

Asistenții maternali își vor călăuzi copilul pentru a cunoaște originea sa și vor asigura contactul cu familia biologică dacă acest lucru este în interesul copilului și dacă face parte din planul de permanență al copilului.

Pentru asigurarea dezvoltării optime a copilului, asistenții maternali vor crea o atmosferă echilibrată de familie, adecvată necesităților copilului.

Asistenții maternali vor întări autocunoașterea, autoconsiderația și încrederea în sine a copilului, stimulând în același timp dezvoltarea fizică, psihosocială, intelectuală și spirituală a acestuia. Ei vor asigura integrarea cu succes a copilului în cadrul comunității.

Între asistentul maternal, copiii biologici și copilul plasat trebuie să existe un sentiment pozitiv de toleranță, înțelegere și acceptare.

Pedeapsa corporală și neglijarea emoțională nu sunt permise.

Asistenții maternali vor apăra în orice situație copiii plasați (chiar și în cazul în care ei comit delikte contra legislației și acțiuni antisociale).

Asistenții maternali vor asigura căldura sufletească necesară integrării copilului în familia de plasament și îl vor pregăti pentru reintegrarea în familia biologică sau într-o familie adoptivă.

Standardele etice pentru instruirea profesională

Asistenții maternali trebuie să aibă cunoștințele speciale necesare pentru o bună îngrijire și o educație adecvată situației individuale a copilului plasat. Ei trebuie să fie bine instruiți mai ales în domeniul resocializării. Asistentul

maternal trebuie să-și îmbunătățească permanent cunoștințele. Acest aspect trebuie încurajat și facilitat de către angajator (organizație sau DPC-ul local).

Asistenții maternali vor raporta organizației angajatoare și/sau Direcțiilor Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului și asistenților sociali cu care colaborează problemele apărute în educație și îngrijire și vor putea să propună propriile lor soluții și sugestii referitoare la modul de rezolvare a acestor probleme.

Asistenții maternali au dreptul să solicite ajutorul oferit de către experți. Aceștia, la rândul lor, vor aprecia și respecta activitatea de îngrijire familială temporară, precum și confidențialitatea asupra tuturor membrilor familiilor de asistenți maternali și a copilului plasat.

Cooperarea în domeniul îngrijirii familiale temporare

Asistenții maternali vor respecta familia biologică și vor coopera cu membrii acesteia, cu condiția ca acest lucru să fie în interesul copilului și să facă parte din planul de permanență al copilului.

Asistenții maternali vor respecta familia adoptivă și vor colabora cu membrii acesteia atunci când face parte din planul de permanență al copilului.

Asistenții maternali vor respecta și vor colabora cu asistenții sociali ai Direcțiilor Generale pentru Protecția Drepturilor Copilului.

Asistenții maternali vor respecta și vor colabora cu organizația angajatoare și cu asistentul social desemnat să se ocupe de caz.

Alte standarde etice

Asistenții maternali vor face tot posibilul pentru a armoniza interesul lor personal cu cel profesional.

Asistenții maternali vor evita activitățile care sunt incompatibile cu activitatea de îngrijire familială temporară.

ANEXA II – Plan de evaluare a potențialului asistent maternal

Plan de evaluare a familiilor de îngrijire temporară (trei interviuri)

Interviu nr. 1

1. Motivația familiei

- Cum au devenit interesați de programul de asistență maternală;
- Ce cunoștințe au despre copii și despre nevoia lor de protecție;
- Rolul asistentului social în explicarea programului pe care îl reprezintă;
- Informații despre procesul de îngrijire temporară pe termen lung;
- Informarea familiilor asupra faptului că vor fi supervizate asupra modului în care acordă îngrijire copilului;
- Se constată dacă familiile sunt interesate în deveni asistenți maternali și dacă au posibilitatea de a o face;
- De ce sprijin are nevoie familia din partea Fundației „Alături de Voi” sau a altor organizații;
- Aprecierea asistentului social dacă familia este aptă sau nu să acorde îngrijire.

2. Informații generale despre familie, cum poate răspunde nevoilor de bază, care este potențialul în a furniza îngrijire pentru ei și pentru copil?

Acest interviu durează 1 ½ - 2 ore. La sfârșitul acestui interviu se programează un alt interviu.

Interviu nr. 2

Se ia acasă la familie, durează 2 ore. Ancheta socială se poate împărți în două părți. La sfârșitul acestui interviu se poate hotărî dacă familia este aptă sau nu pentru îngrijire.

1. Contacte cu familia

- Numele familiei, adresa, numărul de telefon;
- Data la care s-a primit cererea;
- Datele interviurilor;
- Atitudinea cuplului față de procedura de îngrijire sau plasament.

2. Motivația care stă la baza cererii de îngrijire sau plasament

- Care dintre părinți a avansat ideea cererii; dacă sunt amândoi părinții motivați;
- Cât timp au cântărit opțiunea;
- Experițe de ordin social și psihologic care au influențat această dorință;
- Ezitări și preocupări;
- Atitudinea cuplului în legătură cu abandonul, adopția, încredințarea, copiii născuți din relații ocazionale;
- Atitudinea altor membri de familie față de aceleași probleme;
- Planuri pentru îngrijirea copilului;
- Ce fel de copil doresc (vârstă, sex, handicap) și de ce; cât de flexibilă este familia.

3. Prezentarea tatălui

- Cadrul familial privit din punct de vedere al relațiilor și dinamicii familiale; experiențe semnificative din copilărie și perioada de maturitate; relații cu părinții, frații, surorile și alți membri ai familiei lărgite;
- Climatul vieții de familie în perioada copilăriei și adolescenței; cum s-au manifestat sentimentele;

- Descrierea fizică și a personalității;
- Pregătire (studii); ocupația de bază și un istoric al activității profesionale; stabilitatea slujbei actuale;
- Cazier judiciar.

4.Prezentarea mamei

Aceeași ca pentru tată.

5.Relațiile maritale

- Relațiile înainte de căsătorie;
- Data căsătoriei;
- Cum au evoluat relațiile dintre soți; schimbări intervenite pe parcursul anilor;
- Cum au rezolvat perioadele de stress, conflict, schimbare;
- Calitatea comunicării între parteneri;
- Compatibilitatea rolurilor;
- Cum își petrec perioadele de recreere și vacanțele (împreună sau separat);
- Discuție aprofundată și evaluarea unor căsătorii și divorțuri anterioare.

6.Copiii din familie

- Descrierea dezvoltării și personalității copiilor;
- Relațiile acestora cu părinții, frații, colegii;
- Nivelul educației și rezultatele școlare;
- Hobby-uri, interese pentru anumite activități;
- Atitudinea copiilor față de planurile de plasament și încredințare.

7.Experiența de părinte – experiența cu alți copii

- Ce știi despre meseria de părinte;
- Diverse teorii legate de creșterea și educarea copiilor;
- Metode de a impune disciplina; diferite experiențe din copilărie;

- Relațiile actuale dintre părinți și copii;
- La ce fel de activități participă împreună cu copiii.

8.Starea de sănătate

- Istoric al stării de sănătate al fiecărui membru de familie;
- În cazul existenței unei probleme de sănătate cum s-ar putea rezolva respectiva problemă.

9.Starea materială

- Venitul anual, economii, alte bunuri materiale, datorii, rate;
- Cum își gospodăresc venitul (bugetul de familie).

10.Religia

- Ce cred despre religie și ce religie practică;
- Cum consideră valorile spirituale, materiale și statutul social;
- Dacă merg în mod regulat la biserică, dacă sunt implicați în acțiunile acesteia.

11.Familia și comunitatea

- Descrierea casei;
- Descrierea comunității;
- Ce oferă comunitatea pentru creșterea și îngrijirea copilului;
- Compoziția etnică a comunității;
- Atitudinea comunității față de persoanele ce provin din etnii și culte diferite.

12.Rezumat și recomandări

- Un rezumat al caracteristicilor solicitantului care îi conferă sau nu posibilitatea de a acorda îngrijire copilului;
- Descrierea tipului de copil pentru care familia primește aprobarea (vârstă, sex, starea de sănătate);

- Dacă familia poate acorda îngrijire unui copil de vârstă mare sau cu un anumit handicap, explicați motivele pentru care susțineți această opțiune.

Interviu nr. 3

Se referă la pregătirea de primire a copilului în familie, planul de îngrijire a copilului sau se începe procesul legat de plasament sau încredințare familială. În acest stadiu se acordă servicii de consiliere pentru familie.