

nr 26 / oct 2022



LOGOS

CUPRINS

1. LOGOPEDIA DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA MODERNĂ. SCURT ISTORIC / 3
LOGOPEDIA ÎN ROMÂNIA / 5
2. IMPORTANȚA CORECTĂRII TULBURĂRILOR DE LIMBAJ ȘI DE COMUNICARE LA COPII / 8
3. CARACTERIZAREA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ / 10
4. LEXIA ȘI TAINELE EI LA COPILUL CU DIFICULTĂȚI DE ÎNVĂȚARE / 12
5. TERAPIA LOGOPEDICĂ LA COPILUL CU TULBURĂRI DIN SPECTRUL AUTIST / 17
6. LOGOPEDUL ȘCOLAR - DOUĂ PROPUNERI PENTRU CURRICULUM LA CLASA PRE-GĂTITOARE / 27
7. DINAMICA RELAȚIEI DINTRE LOGOPED ȘI PĂRINȚI ÎN CADRUL ACTIVITĂȚII DE CORECTARE A TULBURĂRILOR DE LIMBAJ ȘI DE COMUNICARE / 32
8. SISTEMUL VESTIBULAR / 36
9. ROLUL AUTONOMIEI PERSONALE PENTRU INTEGRAREA ÎN COMUNITATE A COPIILOR CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ / 41
10. INTERVIU CU MARIA PETREA, PROF. LOGOPED CJRAE BACĂU DESPRE LOGORICI / 49
11. CE ESTE DE FAPT INTELIGENȚA / 51
12. CENTRUL „MICUL VORBĂREȚ” / 54
13. TEHNICI DE TERAPIE COMPORTAMENTALĂ APLICATE ÎN SUPRASELECTIVITATEA ALIMENTARĂ LA COPILUL CU AUTISM / 56
14. DEZVOLTAREA ATENȚIEI ÎN PREȘCOLARITATE / 63
15. POSTFAȚĂ LA CARTEA *ALFABET FĂRĂ SECRETE* DE MARIA PETREA / 65

ASOCIAȚIA LOGOPEZILOR DIN ROMÂNIA (A.L.R.)

www.logopezi.ro

COLECTIVUL DE REDACȚIE

Redactor șef Beti-Ana Cioacă

Redactor Valeria Balaban

Secretar de redacție Amalia Lupu

ISSN: 1841-0553

Asociația Logopezilor din România (ALR) s-a constituit în 1990, la inițiativa a 22 de specialiști în terapia limbajului și comunicării.

De-a lungul celor trei decenii, s-a încercat formarea, perfecționarea de noi specialiști într-un domeniu atât de sensibil, de care depinde calitatea vieții.

Prin revista *LOGOS*, s-a încercat diseminarea informațiilor despre subiecte care privesc limbajul.

Asociația a organizat de-a lungul timpului congrese, seminarii, schimburi de informații.

Revista *LOGOS* apare bianual (aprilie și octombrie). Articolele colaboratorilor vor fi trimise pe adresa **betiana.cioaca@gmail.com** în format Word, A4, la un rând și jumătate (3-4 pagini), cu diacritice

Articolele vor fi structurate astfel:

TITLU

AUTOR

CONȚINUT

BIBLIOGRAFIE

ANEXE (dacă este cazul)

IMAGINI (dacă este cazul) (trimise și separat, .jpg, .png sau .tiff).

1. LOGOPEDIA DIN ROMÂNIA ÎN PERIOADA MODERNĂ. SCURT ISTORIC

*PREȘEDINTE DE ONOARE ALR, MEMBRU FONDATOR
LOGOPED DR. PSIH. TOMESCU MARGARETA*

Primele preocupări privind disciplina logopediei, care începuse să se impună în activitatea educațională a tulburărilor de vorbire și limbaj au apărut la Cluj, în anii 1948-1950, când s-a introdus în programa Facultății de psihologie cursul Elemente de defectologie. Autorul cursului și a manualului de logopedie a fost prof. G. Guțu.

În anul 1949, doamna Florica Bagdasar, ministrul Sănătății, a înființat la București Centrul de igienă mintală cu sediul în str. Vasile Lascăr 14, cu un program după un proiect american, și a cerut decanului Facultății de Psihologie, prof. dr. M. Ralea, trei studenți pentru a face practică în domeniul logopediei. Unul dintre cei trei studenți am fost eu, și așa am descoperit minunata lume a logopediei.

Institutul a fost repede desființat, sub acuzația că introdus în țară documente științifice americane. Ca urmare, Facultatea de Psihologie este integrată în istorie-filosofie, și abia după 11 ani se reînființează (după vechea programă) ca psihopedagogie specială.

Începuseră și timide preocupări în activitatea științifică privind tulburările de voce, vorbire și limbaj - impuse ca o necesitate reală cu diligențe pentru înființarea unui cabinet de neuropsihiatrie infantilă la Spitalul Gr. Alexandrescu, singurul din țară unde se puteau adresa copiii cu probleme logopedice. Șeful cabinetului, în persoana eminentului doctor Toncescu Nicolaie, alături de C. Calavrezo și psihologul Ela Almăjan au format o minunată

echipă interdisciplinară. Aici am învățat și eu problematica practicii logopedice.

Deoarece funcția de logoped nu era introdusă în nomenclatorul de funcții, m-am implicat personal în tratativele cu Direcția Sanitară a municipiului București, finalizate abia în 1957. În același an, s-a înființat un cabinet de practică logopedică pentru cazurile copiilor cu malformații congenitale labio-maxilo-palatale la Spitalul Colțea, precum și un curs despre funcțiile fonetice ale vorbirii și limbajului specifice rinolaliei la Facultatea de Stomatologie.

În 1960-1961, au luat ființă, prin ordinul nr. 3450/1960 al ministrului Învățământului primele cabinete logopedice interșcolare în București și în unele centre regionale, care funcționau pe lângă școli generale, școli medii și grădinițe.

În 1964, se înființează din inițiative personale clasa pentru copii alalici, condusa de d-na Stănică Cornelia, la centrul experimental de logopedie de pe lângă școala bulgară din București, condusă de prof. dr. C. Păunescu. Acest centru avea în schemă specialiști din domenii conexe logopediei, care asigurau examinarea și terapia complexă și completă a copilului logopat. De asemenea, a început să funcționeze în cadrul spitalului de neuropsihiatrie, la secția pentru copii, cabinetul de logopedie condus de dr. psih. Sen Alexandru.

Deși exista un Institut de Științe Pedagogice și se înregistrau cercetări de logopedie, pedagogie și defectologie, locul și rolul

logopedului practician nu se clarificau, domeniul fiind revendicat atât de ministerul Sănătății, cât și de ministerul Învățământului.

În timp ce pregătirea și activitatea logopedului nu se clarifica, creștea presiunea numărului copiilor care aveau nevoie de acesta.

Rezultatele politicii în domeniul serviciilor publice pentru persoanele cu nevoi speciale din sănătate și învățământ s-au văzut la adevărata lor dimensiune după decembrie 1989.

În iunie 1990 a luat ființă Asociația Logopezilor din România, care prin relațiile personale cu specialiști din străinătate, cu asociații din domenii adiacente au ridicat nivelul de pregătire al logopedului, dar locul și statutul său între ceilalți specialiști din domeniul socio-uman nu s-a clarificat. Mutați dintr-o structură în alta, cu posturile desființate în clinicile de neurochirurgie și neurologie, cu conducerea sau subordonarea schimbate de trei ori până acum în unitățile de învățământ, logopezii au o ocupație, dar nu o profesie.

Insuficienți ca număr și în concurență neloială cu practicieni fără calificarea profesională necesară, ei trebuie să facă față unui număr în creștere alarmantă pe toate tipurile de logopatii, mai ales cele grave și asociate. Toată lumea a auzit de copii autiști, dar nimeni nu a auzit ca fără un logoped terapia acestuia nu se poate încheia; nu se știe că în acest moment afazicii nu mai au un afaziolog calificat căruia să i se adreseze în România; nu se știe că nu mai avem logopezi specializați în alalie și aparținătorii acestor copii nu au cui să se adreseze; la fel pentru dizartrie; la fel pentru dislexie și discalculie; la fel pentru debilitatea mentală care prin stimulare poate fi adusă în limitele normalului; puțină lume cunoaște situația copiilor cu malformații congenitale ale aparatului fonator, și mai puțină lume știe că logopezii care ar trebui să se ocupe de ei se apropie de pensionare și

alții nu se formează; puțină lume știe că din școlile speciale au fost orientați către învățământul de masă un procent însemnat de copii cu dizabilități senzoriale și mentale considerate ușoare, dar nimeni nu știe că numărul logopezilor din centrele logopedice interșcolare a crescut extrem de puțin ca să facă față acestui val masiv de cazuri redirijate. Nimeni nu știe că în mediul rural nu s-a auzit de logopedie, după cum nici în localitățile urbane mici. În condițiile în care ar trebui să se asigure șanse egale la educație și realizare profesională și socială pentru toți copiii, acest drept nu poate fi accesat deoarece nu există specialiștii care să-i dea viață. Nici persoanele adulte cu nevoi speciale nu au beneficiul specialistului logoped. Nici segmentul social de prevenție și educație precoce nu este prezent în societatea noastră.

Logopedia se află acum, din punct de vedere juridic, sub linia de orizont a reglementarilor legislative. În toate țările din Uniunea Europeană există profesia de logoped pentru că există facultățile unde ei se formează și se specializează și pentru că există legi ce le reglementează activitatea.

Dacă luăm în considerare nivelul și gravitatea cazuisticii logopatice, timpul nu mai are răbdare: o decizie trebuie luată.

Va invităm să vă gândiți la toate persoanele care au nevoie de logopezi și care nu sunt doar cei cu nevoi speciale - și fiți de partea lor: astfel, se va deschide drumul unei asistențe sigure și calificate pentru ei, le oferiți șansa unei reale și maxime recuperări și dezvoltări personale, ceea ce le oferă șansa unei reale integrări în viața socială!

LOGOPEDIA ÎN ROMÂNIA

PREȘEDINTE DE ONOARE ALR, LOGOPED ENE CORNELIA

Motto: „Cercați tote, și ce e mai bunu alegeți!”

Basiliu Petri, 1872

Începuturile logopediei în țara noastră sunt legate de nevoile practice de a rezolva problemele vocii în profesiunile de actor și interpret de operă, dar și ale familiilor cu copii cu probleme senzoriale; terapeuții erau persoane mai mult cu bunavoință decât cu pregătire profesională. La 1828, la Dumbrăveni, cu particulari, și la Focșani, din 1865 cu primul așezământ organizat pentru senzoriali, România se înscrie în cursul vremii pe linia logopediei aplicate. În București, se înființează în 1983 așezământul pentru deficienții senzoriali de auz, care devine apoi azilul Elena Doamna.



Dar încă de la trecerea la scrierea latină, învățătorii și mentorii lor au descoperit și practicat principii care au devenit temelia intervenției logopedice de astăzi, începând cu necesitatea dezvoltării auzului fonematic, cu elaborarea orientării spațiale, a poziției lucrurilor în spațiu, cu elementele pregrafice

și mai ales cu fonația clară, mergând până la a indica poziția buzelor și folosirea suflului de aer în emiterea și articularea lor.

Lucrări ca: *Scriptologia seau modulu de a invetia cetitulu scriendu*, Petre Basiliu, 1872, *Călăuza învățătorului pentru a introduce pe copilul nou venit la școală în citire și scriere*, Gillorteanu Păun, 1889, *Povățuitor spre întrebuițarea tabelelor de părete pentru scris-citit*, Boeriu Gheorghe și Codrea Gheorghe, 1892, *Instrucțiunea metodei sunetelor vii* a lui I. Gabel, Vuia Iuliu, 1906, *Dicțiunea în școală*, Livescu Ioan, 1911, *Câteva cuvinte despre orbi*, Tasu Ion, 1913, *Pedagogia medicală*, Butureanu Constantin, 1920, *În lumea în care nu se vede și nu se aude*, Rusceac Dimitrie, 1925 etc. dovedesc conectarea intelectualelor noastre la fluxul ideatic al continentului european și un deosebit simț al vorbirii și comunicării ca instrument către cugetare și dezvoltare a personalității. Această notă definește logopedia practică și astăzi în țara noastră, și este abordarea cea mai completă a personalității umane, trăsătura construită în timp și definitorie pentru prezent prin comparație.

Ca urmare, era firesc ca în 1919, la Cluj, apoi în alte centre, să se înființeze la universitățile de litere-filosofie câte o catedră de specialitate.

În paralel cu dezvoltarea abordării universitare, începând cu 1924 se organizează

învățământul special pentru senzoriali, întâi sub forma unor clase speciale în școlile de masă, apoi ca școli separate.

În 1934, tot la Cluj, se pune pentru prima dată problema înființării unei catedre de logopedie în cadrul Facultății de Medicină, cu scopul de a se pregăti specialiști care să se ocupe de patologia vocii, vorbirii și comunicării la copii și adulți.

Catedrele au rămas însă la litere și filosofie, iar atunci când literele s-au despărțit de filosofie, s-au transformat în secții de defectologie/psihopedagogie specială în cadrul facultăților de filosofie, separat de psihologie.

Între instituțiile medicale și universitare, domeniul a rămas disputat și până la urmă abandonat. Rezultatul: nu există facultatea/secția de logopedie. Deci logopedul nu se formează în cadrul universitar, ci după aceea.

De la înființarea catedrelor și apoi a secțiilor de defectologie/psihopedagogie specială, absolvenții acestora au devenit prima resursă de logopezi pentru învățământul special, pentru învățământul integrat de masă, pentru policlinici și clinicile/secțiile de neurologie și neurochirurgie.

În timp, formarea logopezilor specialiști nu numai că a rămas mult în urma necesităților vieții, dar nici nu a mai avut loc. Din această cauză, posturile din clinici și policlinici au început să dispară, iar posturile din învățământ au rămas sub necesar. S-a ajuns la situația că nu mai există afaziologi, logopezi pentru alalici, logopezi pentru autiști, se reduce numărul logopezilor audiologi, precum și al celor care lucrează cu persoanele cu malformații congenitale etc.

Această situație este dezavantajoasă în primul rând pentru persoana cu nevoi speciale, deoarece cazuistica a devenit cu fiecare deceniu mai complicată și complexă, și logopezii, așa cum sunt pregătiți astăzi, nu pot acoperi tot spectrul logopatiilor pe care trebuie să le rezolve. Facultatea de

psihopedagogie specială pregătește în principal cadre didactice pentru învățământul special și pentru centrele logopedice, dar activitatea logopedică nu încapă numai în aceste două sisteme de organizare. Și să amintim că în sistemul medical nu se mai știe exact ce este cu posturile, căci nu a avut cine să le mai ocupe după pensionarea specialiștilor.

Cumulând realitatea că sunt foarte puțini specialiști (aproximativ 520 - dată incertă) cu cererea imensă din viața reală, rezultatul a fost că o mulțime de persoane oferă servicii de terapie logopedică fără să aibă pregătirea universitară necesară și nici practica asistată. Efectul este deprofesionalizarea meseriei de logoped, demolarea imaginii logopedului și nesoluționarea problemelor persoanelor cu nevoi speciale, precum și a celorlalte care au nevoie de logoped, fără să facă parte din această categorie.

Asociația Logopezilor din România-ALR, în fața acestei situații, și-a asumat căutarea și propunerea soluției care să o rezolve: reglementarea prin lege a profesiei de logoped, în interesul și beneficiul persoanelor cu nevoi speciale.



Iuliu Vuia

Una dintre întrebările întâlnite de mine tot mai des este legată de cum poți deveni logoped în România.

Până la apariția procesului de la Bologna, absolvenții facultății de psihopedagogie specială, psihologie și pedagogie se puteau angaja în învățământ, în instituții de stat tip DGASP sau în spitale, pe posturile de logoped, prin concurs.

După procesul Bologna, absolvenții acelorași facultăți pot urma un master de logopedie, master ce există la Universitatea București departamentul de Psihopedagogie specială, și la Cluj, la același departament.

Pentru a putea să-ți deschizi un cabinet de psihologie, să poți aborda tulburările limbajului aici, te vei atesta la Colegiul Psihologilor din România, la comisia de psihopedagogie specială.

După formarea inițială din facultate, prin diverse cursuri de perfecționare, prin învățarea realizată pe parcursul vieții profesionale, ne vom completa cunoștințele acumulate în facultate, vom ține pasul cu tot ce apare nou în domeniul logopediei!

Succes!



2. IMPORTANȚA CORECTĂRII TULBURĂRILOR DE LIMBAJ ȘI DE COMUNICARE LA COPII

ELENA MODORAN,
ADMINISTRATOR-LOGOPED „RECUPERAREA COPILĂRIEI”

Spre deosebire de abilitățile motorii, vorbirea este o abilitate care se dezvoltă și se dobândește mai lent. În funcție de cât de dezvoltate sunt limbajul, vocabularul sau abilitățile de comunicare, putem observa un impact semnificativ în ceea ce privește adaptarea la grădiniță, școală și mai târziu la locul de muncă.

Limbajul verbal este o metodă de comunicare întâlnită doar la oameni. După cum știm, nu doar oamenii comunică, ci și animalele sau insectele, dar ceea ce folosesc ele în acest proces nu se poate numi limbaj. Omul are la bază structuri anatomice și două arii, numite Broca și Wernicke, care ajută la vorbire.

Limbajul se dezvoltă treptat. H. Rudolph Schaffer spune în cartea sa *Introducere în psihologia copilului* că există patru aspecte, și anume: fonologia, semantica, sintaxa și pragmatica.

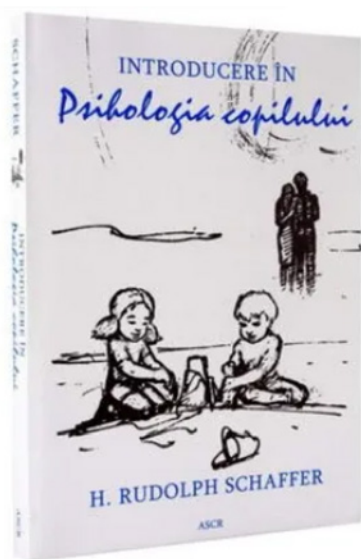
Fonologia reprezintă felul în care omul emite sunetele. Aceasta se dezvoltă în momentul în care copilul trece de la lalațiune la pronunțarea de cuvinte, apogeul fiind atins în perioada școlară mică.

Semantica apare în jurul vârstei de doi ani, când copilul conștientizează sensul cuvintelor, folosindu-se de el pentru a se face înțeles, pentru a-și chema mama sau tatăl sau pentru a obține ceea ce își dorește.

Sintaxa se referă la alăturarea cuvintelor pentru a obține cuvinte sau fraze, dându-le un sens. Spre exemplu: „Mama pa” este modul prin care copilul își va exprima, în fața mamei, dorința de a ieși afară. Cunosându-i acest limbaj, putem comunica mai ușor cu el, ajutându-l să verbalizeze și să reușească să dea sens cuvintelor.

Prin pragmatică se înțelege socializarea cu ceilalți, folosind limbajul. Copilul are tendința de a-și folosi părinții sau persoanele cunoscute lor, pe post de persoană care să îi ajute să transmită mesajele. Din cauză fricii de eșec sau a timidității, unii copii reușesc cu greu să se detașeze de cei apropiați și să ia inițiativa în cadrul unui grup de copii sau oameni.

Aceasta este perioada în care copiii devin tot mai creativi și jonglează cu cuvintele. Dacă până la această vârstă, sunetele nu erau foarte bine accentuate și puteau apărea dificultăți în ceea ce privește pronunția sau inteligibilitatea acestora, de la această vârstă, aceste lucruri ar trebui să înceapă să se regleze de la sine. Pe partea de



vocabular, apar cele mai mari achiziții, copilul fiind ca un burete și receptând foarte bine tot ceea ce se petrece în jurul său. „La vârsta de șase ani, un copil obișnuit a învățat aproximativ 14.000 de cuvinte. Bazându-ne pe asumția că creșterea vocabularului nu începe cu adevărat decât pe la 18 luni, aceasta are loc cu o medie de nouă cuvinte pe zi sau aproape unul pe oră în stare de veghe.” (H. Rudolph Schaffer, *Introducere în psihologia copilului*, Editura ASCR, 2005, p. 277). Așa cum am precizat, el va folosi frecvent întrebarea „de ce?”, astfel, memorând cu ușurință fiecare explicație pe care o va înțelege. Odată cu acest stadiu de vârstă, apare și conștientizarea corectitudinii cuvintelor din punct de vedere gramatical în diverse contexte. Încearcă pe cât posibil să folosească corect cuvintele, întâmpinând cel mai des probleme la pluralul cuvintelor sau la pronumele de politețe. Atât în grădiniță, în școală, dar și în viața de zi cu zi, cea mai importantă metodă de formare și de informare pe care o folosim este limbajul. Pentru a putea transmite sau recepta un mesaj, este automat necesar un cod comun, dar pe lângă acest lucru și de transmiterea sa la nivelul receptorului. După cum bine știm, cei mici, nu sunt suficient de pregătiți pentru a înțelege tot ceea ce se află în jurul lor, astfel că adulții trebuie să îi ajute, explicându-le în termeni accesibili lor.

O tulburare de comunicare se referă la un nivel scăzut al capacității de a primi, trimite, procesa și a înțelege concepte sau sisteme verbale, nonverbale sau simboluri grafice. Dezvoltarea comunicării într-un ritm normal necesită un mecanism de interacțiune într-un mediu favorabil. Componentele unui mecanism intact includ sensibilitatea auzului, percepția, inteligența, stabilitatea emoțională ș.a.m.d. Un mediu favorabil este acela care oferă copilului o expunere lingvistică adecvată, precum și o stimulare ce consolidează

încercările copilului de a comunica, având așteptări realiste în funcție de stadiul de dezvoltare al copilului.

Tulburarea de limbaj este cea mai comună deficiență care apare încă din copilărie, la 5-10% dintre copii. Copiii învață limba în copilăria timpurie, mai târziu folosind limba dobândită pentru a învăța și a forma noi deprinderi. Aceste probleme persistă, de multe ori, până în adolescență și în unele cazuri mai grave, până la maturitate. Intervenția timpurie poate ajuta la minimizarea consecințelor.

Există două tipuri majore de tulburări de comunicare: tulburarea de vorbire și cea de limbaj. Termenul de tulburare de vorbire se referă la dificultatea de articulare a sunetelor, de vorbire fluentă sau/ și voce. Tulburările de articulare sunt caracterizate prin înlocuirile, omisiunile, adăugirile, sau denaturările unor sunete vorbite, care interferează cu inteligibilitatea.

Pentru o bună integrare, socializare, pentru înțelegerea mediului înconjurător sau legarea unor posibile prietenii, este foarte important ca cei mici să aibă un limbaj dezvoltat conform vârstei cronologice și de asemenea să comunice adecvat.

Este recomandat ca aceste tulburări de limbaj și de comunicare ale copiilor să fie corectate până la vârsta școlară. Vorbirea este în strânsă legătură cu scrisul și cu cititul, riscându-se astfel ca tulburările copilului să apară ulterior și la acest nivel.



3 CARACTERIZAREA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

PSIH. CLINICIAN-LOGOPED MITROI MARIA-MANUELA, CJRAE DOLJ, CRAIOVA

TULBURĂRILE DE VOCE

În definirea conceptului de „calitate a vocii” este întâmpinată o dificultate majoră. Vocea este judecată în mod diferit de către profan, profesorul de muzică, actor, otorinolaringolog și specialistul în terapia limbajului. Diferitele calități ale vocii necorespunzând unor parametri specifici ai funcției vorbirii, vocea este analizată pornind de la criterii auditive subiective.” (Maria Anca, Cluj Napoca, 2006, *Metode și tehnici de terapie limbajului și dezvoltarea limbajului*).

Când vorbim despre tulburările de voce, avem în vedere „timbrul (ridicat-jos), intensitatea (puternic-slab), modul sau registrul (pulsativ sau fracționat) și concentrația verticală a vocii, adică înaltă spre cap și joasă spre gât.”

Pentru formarea vocii participă componenta respiratorie, componenta vibratorie și componenta rezonatoare.

Tulburările de voce se grupează în fonostenii (slăbirea vocii), afonii (pierderea vocii) și disfonemii (pierderi parțiale ale vocii).

Sunt mai multe cauze care duc la tulburări de voce. Astfel, aceste tulburări pot fi din cauza anumitor deficiențe auditive, afecțiunilor aparatului respirator sau ale aparatului fonator; afecțiunilor psihomotrice sau

ale sistemului nervos central și periferic sau alte patologii.

Principalele forme clinice ale tulburărilor de voce sunt: „vocea de cap, vocea oscilantă (de falset); vocea gravă, vocea inspirată, vocea răgușită (poate avea caracter temporar sau poate fi cronică); vocea nazală (refluieră pe nas a aerului expirat în vorbire)”.

Tulburările limbajului oral bazat pe disfuncții psihice se pot grupa în transformări fonetice, parafazii fonemice sau literale, parafazii verbale, neologisme, agramatism, dis-sintaxa și jargonofazia.

Tulburările de pronunție se clasifică în: dislalii, rinolalii și dizartrii.

Dislalia este o „tulburare de pronunție ce constă în imposibilitatea emiterii corecte a unuia sau a mai multor sunete. Se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea, înlocuirea și inversarea sunetelor în vorbirea spontană și în cea reprodusă.” (pg. 131, *Dicționarul explicativ de logopedie*, Polirom, 2011).

Dintre cauze, enumerăm: anomalii în structura aparatului fono-articulator, malformații ale aparatului fono-articulator, paralizii sau pareze de nervi periferici, anumite anomalii labiale, dentare, modificări de structură a limbii, defecte ale palatului dur (palatoschizis, gură de lup), modificări de structură a laringelui etc.

În funcție de sunetul denaturat, omis sau înlocuit, dislalia se clasifică astfel:
 Sunetul „b” este cel afectat, vorbim de betacism și parabetacism
 Când sunetul „c” este cel în cauză, tulburarea se numește capacism și paracapacism
 Sunetele „d” și „t” - deltacism și paradeltacism
 Afectarea sunetului „f” - fitacism și parafitacism
 Sunetul „g” - gamacism și paragamacism
 Sunetul „m” creează probleme - mutacism și paramutacism
 Pentru sunetul „l” - lambdacism și paralambdacism
 Afectarea sunetului „r” - rotacism și pararotacism
 Pentru sunetele siflante: „s”, „ș”, „z”, „ț”, „j”, „ci”, „ce” - sigmatism și parasigmatism

Totodată, dislaliile se clasifică după criteriul simptomatologic în: dislalie simplă sau monomorfă și dislalie polimorfă (mai multe sunete afectate). În cazul în care toate sunetele sunt afectate, vorbim despre dislalie generală sau totală. După criteriul timpului de apariție, dislalia poate fi congenitală sau dobândită, iar în raport cu alte tulburări poate fi primară sau secundară.

„În vorbirea unor dislalici se constată amplificarea sau diminuarea rezonanței sunetelor în cavitățile supraglotice, fie din cauza unor afecțiuni congenitale labio-maxilo-palatine, fie a unor afecțiuni dobândite ale palatului dur, ale vălului moale. O astfel de nazalizare suplimentară, sau insuficientă, poartă numele de rinolalie. Se întâlnesc două forme: rinolalia organică și rinolalia funcțională. Rinolalia organică se poate prezenta sub mai multe forme: deschisă (aperta) – hipernazalitate,

insuficiența velară; închisă (clauza) – hiponazalitate, obstrucția nazală și blocarea faringelui și rinolalia mixtă.”

Dizartria se caracterizează prin tulburări de pronunție, asociate cu o vorbire neclară și confuză prin prezența disritmiilor verbale, a rezonanței nazale, a disfoniei.

În literatura de specialitate, se întâlnesc mai multe clasificări:

- Dizartria corticală (tulburări de pronunție, voce, ritm și fluentă a vorbirii)
- Dizartria subcorticală, care poate fi dizartrie piramidală și extrapiramidală (tulburări de voce, ritm și fluentă, retard verbal, dificultăți de comunicare prin mimică și gestică)
- Dizartrie bulbară și pseudobulbară (paralizie totală sau parțială la nivelul buzelor, limbii, vălului palatin și corzilor vocale).

BIBLIOGRAFIE:

- Guțu, M, *Logopedia I*, 1975, pg. 45
 Maria Anca, *Metode și tehnici de terapie limbajului și dezvoltarea limbajului*, Cluj-Napoca, 2006
Dicționarul explicativ de logopedie, Polirom, 2011, pg. 131

4. LEXIA ȘI TAINELE EI LA COPILUL CU DIFICULTĂȚI DE ÎNVĂȚARE

VALERIA BALABAN, PROF. LOGOPED CMBRAE

Motto:

„Să nu-i educăm pe copii pentru lumea de azi.
Această lume nu va mai exista când ei vor fi mari.
Și nimic nu ne permite să știm cum va fi lumea lor.
Atunci să-i învățăm să se adapteze.”
(Maria Montessori)

Copilul învață să facă lucruri doar privindu-i pe adulți sau pe alți copii și imitându-i: își leagă șireturile, încuie și descuie un lacăt, modelează sau desenează, construiește din cuburi sau ia o carte în mână și se face că citește. Însă a citi și a scrie corect va reuși să învețe doar dezvoltându-și un mecanism propriu de recunoaștere a literelor și cuvintelor, de transformare a sunetului în literă și invers. Nu e destul să-i arătăm unui copil care cunoaște și recunoaște literele cum citim noi, pentru ca el, imediat, să reușească această performanță. E nevoie de ghidarea pașilor, de exercițiu dirijat și independent, dar acest exercițiu poate avea un randament mai mare și îi poate aduce copilului rezultate sesizabile dacă persoana care încearcă să-l învețe să citească posedă anumite metode și strategii specifice. Pentru majoritatea elevilor care vin în clasa întâi fără a cunoaște literele, e suficient timpul alocat orelor de lectură în clasă, un nelipsit exercițiu de consolidare acasă... și ei încep să citească singuri! Dar ce se întâmplă cu acel copil care, atunci când colegii lui cuceresc, treaptă cu treaptă, alfabetul, abia dacă deosebește câteva litere? Cum îl poate ajuta cineva pe micuțul care prezintă dificultăți în ceea ce privește însușirea citirii? Cum determinăm care sunt

dificultățile de lectură ale unui copil într-o anumită clasă, dificultăți care îl împiedică să învețe la toate celelalte materii? Și ce facem după ce am stabilit aceste dificultăți ?

Citirea este o abilitate importantă a ființei umane, fără de care nu se poate integra în societatea actuală, tot mai dezvoltată din punct de vedere a multitudinii materialelor tipărite/scrise. Pentru a putea fi citit un text, este nevoie de recunoașterea semnelor ce compun cuvântul/ propoziția/ fraza, de accesarea sensului cuvântului. Citirea presupune transpunerea limbajului oral, în limbaj scris, având ca obiectiv final înțelegerea mesajului citit. Pentru cititorul începător, provocarea majoră constă în decodificarea simbolurilor tipărite, astfel încât să poată accesa sensurile cuvintelor.

Înțelegerea sensurilor este posibilă doar dacă citirea capătă o anumită fluentă și dacă cititorul nu-și mai concentrează atenția pe descifrarea semnelor. Înțelegerea lecturii este în strânsă legătură cu gradul de dificultate a textului, vocabularul activ al copilului, viteza de lectură. Procesul lecturii cuprinde două aspecte importante: actul percepțiv-motor care este exprimat în procesul de articulare și unul exprimat în procesul gândirii, așa încât să se înțeleagă ceea ce se citește. Pentru a citi un cuvânt, începătorul are

câmpul citirii limitat la o literă. Pentru a citi un cuvânt el observă, analizează fiecare literă își amintește sunetul corespunzător, astfel că el enumeră literele în loc să citească cuvântul. Principala poartă de intrare o constituie analizatorul vizual, în timpul percepției cuvântului vederea se fixează mai mult timp pe cuvânt, apoi îl transformă în structura sonoră și abia apoi se corelează cu semnificația cuvântului citit. Acest proces complex de asociere între planul grafic, planul sonor cel de articulare și semantic se dezvoltă relativ încet și progresiv în funcție de particularitățile individuale.

Pentru a ajunge la comprehensiunea cuvântului, este necesară citirea acestuia fără fragmentarea lui în silabe. Pentru a deveni deprindere, cititul devine mai întâi o activitate intelectuală conștientă și automatizată. Începătorul unește literele în silabe, apoi reușește să realizeze câmpul de citire al silabei, componentă principală a realizării sintezei cuvântului și a comprehensiunii. Trecerea de la silabă la cuvânt reprezintă o componentă importantă a citirii, trecere ce se realizează cu dificultate mai ales în cazul copiilor ce prezintă dislexie.

Abilitățile și capacitățile copilului legate de lexie și grafie țin de temperament, caracter, mediu familial, de nivelul achizițiilor operațiilor gândirii de la acel moment de preocupări și pasiunile copilului. În aceste condiții, terapeutul limbajului are șanse reale să-l susțină în lungul și complexul proces de asimilare a lexiei. Alți factori pot fi: atribuțiile personale, istoricul familiei (genetică), genul, locul unde-i este amplasat domiciliul, gradul de implicare al copilului, calitatea pregătirii celui ce-l formează pe copil, metodele și materialele utilizate în învățare. Studiile au demonstrat că majoritatea copiilor ce prezintă dificultăți de învățare provin din familii ce au avut aceleași dificultăți în copilărie și nu au suficiente resurse materiale pentru a învăța.

S-a constatat că fetele sunt mai dedicate actului lecturii decât băieții, iar aceștia din urmă prezintă în general mai multe dificultăți în însușirea lecturii. La baza dezvoltării competențelor lexicale stau următoarele aspecte: conștientizarea fonemică și fonologică, fonică și fluența citirii. Conștientizarea fonologică imprimă un grad ridicat de predictibilitate în dezvoltarea competențelor lexicale.

Termenul de conștientizare fonologică se referă la abilitatea de a detecta și de a utiliza segmentele sonore din cuvintele vorbite. Conștientizarea fonemică, adică înțelegerea fonemelor (cele mai mici unități sonore), se realizează cu dificultate la copiii ce prezintă dificultăți de învățare (dislexie). Activități din acest domeniu realizate precoce (începând cu 4,5 ani în funcție de specificul activității) vor contribui la obținerea unei lexii fluente și comprehensive mult mai ușor. O importanță deosebită o prezintă educarea în domeniul foneticii, ce are drept obiectiv realizarea corespondenței literă-sunet. Acest tip de activitate îl ajută pe copil atunci când identifică cuvintele scrise și le silabisește. În prima fază, se insistă pe recunoașterea literelor, pe formarea câmpului silabic, pe realizarea sintezei acestora în cuvinte, apoi se introduc elemente ce sporesc viteza de citire (doar exersând), după care sunt încorporate elemente de limbajul vorbit și scris cum ar fi gramatica și pronunția. Pe măsură ce și-a automatizat lexia și a crescut fluența, atenția copilului este îndreptată către înțelegerea textului parcurs. Astfel, fluența ajută la facilitarea înțelegerii informațiilor.

De ce este importantă fluența? Fluența înseamnă citire aparent lipsită de efort, cu expresivitate și inflexiuni relevante ale vocii. Cititul fluent este important deoarece, presupunând că fiecare are o anumită doză de atenție disponibilă într-un timp dat, efortul pe care îl fac cititorii, pentru a recunoaște și a pronunța cuvintele, implică „consum” de atenție și copilul nu mai înțelege sensul celor citite.

Fluența poate fi dezvoltată în mai multe feluri: prin intervenție directă, folosind mai ales cititul repetat, încorporarea cititului repetat într-un context care este interesant și are sens, cum ar fi citirea pe roluri sau cititul în cor.

Cercetările au arătat că citirea repetată a aceluiași material conduce nu doar la îmbunătățirea cititului acelui text, ci deprinderea de a citi fluent se poate transfera și la alte texte. Verbalizarea textului scris este o modalitate naturală de a promova fluența, pentru că elevii exersează cititul fluent fără să-și dea seama că fac acest lucru. De asemenea, vor câștiga încredere pentru a vorbi în public și vor avea o altă relație cu literatura. Învățarea cititului cu comprehensiune este cel mai important scop al predării cititului. Piaget a demonstrat că învățăm să dăm sens lumii înconjurătoare, construind pe conceptele anterioare. În acest proces de atribuire de sens, renunțăm la vechile idei și astfel, ne îmbogățim capacitatea de asimilare a lucrurilor noi. Teoria lui Piaget pleacă de la ideea că dezvoltarea copilului implică întărirea structurilor lui cognitive, cu alte cuvinte, a schemelor mentale, a „hărților” sau a rețelei de concepte de înțelegere și de reacție la experiențele fizice din propriul mediu. Reflectând asupra experiențelor noastre, capacitatea de înțelegere depinde de lumea în care trăim. Fiecare dintre noi generează propriile „reguli” și „modele mentale”, pe care le folosim pentru a da sens experiențelor la care suntem supuși. Prin urmare, învățarea implică adaptarea modelelor noastre mentale la noile experiențe.

În timpul decodificării literelor, simbolurilor la o anumită categorie de copii pot apărea dificultăți de percepție vizuală, dificultăți ce sunt cunoscute în literatura de specialitate sub denumirea de dislexie vizuală. Dislexia vizuală se manifestă atunci când imaginea pe care o primește creierul pe cale vizuală este distorsionată. Această imagine distorsionată este adesea expusă printr-o mișcare vizuală care face învățarea foarte

greu de procesat. Această mișcare vizuală ar putea fi descrisă ca o undă sau tremur sau mișcare în sus și în jos care distorsionează grav imaginile. Severitatea acestei afecțiuni poate varia între forma ușoară până la moderată, moderat spre sever, sever spre profund. Aproximativ 40% dintre copii se încadrează în forma ușoară până la moderată, 40% se încadrează într-un interval moderat până la sever, și cu aproximativ 20% se încadrează într-o stare severă până la profundă. Copiii cu o afecțiune ușoară până la moderată pot fi ajutați prin utilizarea foilor de hârtie colorate. Acei copii cu o afecțiune gravă au nevoie de ochelari colorați.

Compania Abeye a lucrat îndeaproape cu o echipă de oameni de știință pentru a încerca să producă un echipament care să corecteze eficient problemele de citit, ochelarii Lexilens fiind rezultatul a doi ani de cercetare și dezvoltare. Testele de laborator sunt extrem de promițătoare, feedbackul utilizatorilor fiind următorul: efectul este instantaneu; apare imediat ce porți ochelarii și încetează odată ce îi dai jos. Nu e nevoie de nicio instruire prealabilă – pur și simplu, pui ochelarii. Nu conține limba în care citești, funcționează pentru orice limbă maternă.



Dislexia vizuală este cunoscută sub mai multe nume: stresul vizual, dificultăți de percepție vizuală, Sindrom Meares-Irlen, sensibilitate scotopică, sindromul (SSS) sau

sindromul de stres legat de vedere. Oricum, indiferent de numele folosit semnele și simptomele sunt aceleași:

- Probleme la citirea cuvintelor;
- Dureri de cap în timp ce citești;
- Performanță academică mai slabă;
- Concentrare slabă;
- Oboseala ochilor în timpul citirii;
- Percepția adâncimii este mult mai slabă;
- De asemenea, va afecta performanța

matematică

Deseori prezintă sensibilitate la lumini (în special tipurile fluorescente);

- Dificultăți de înțelegere a textului;

Dificultatea de urmărire a cuvintelor pe o linie și de multe ori va sări peste cuvinte;

Citește într-un mod încordat cuvânt cu cuvânt și cu o mare ezitare;

- Evită citirea;
- Probleme la copiere;
- Spațiere aleatorie;
- Dimensiuni aleatorii ale literelor;
- Sar rânduri când citesc;
- Ortografie incoerentă;

Sindromul Irlen a fost numit inițial sindromul de sensibilitate scotopică. A fost identificat pentru prima dată de un psiholog educațional pe nume Helen Irlen în anii 1980. Ea a scris o carte numită *Reading by the Colors* (Avery Press, 1991), pentru a sprijini persoanele cu sindrom Irlen. Cauza exactă a acestui sindrom rămâne necunoscută. Cu toate acestea, se crede că își are originea în retina ochiului sau în cortexul vizual al creierului.

Primul aspect al remedierii dificultăților de însușire a lexiei constă în stabilirea unei

relații de apropiere și de încredere între terapeutul logoped și copilul aflat în dificultatea de a-și însuși citit-scrisul. Ne-am folosit de metode moderne de învățare, de calculator cu diverse programe educative interactive. Activitățile au fost variate, pentru a nu interveni oboseala și monotonia, ne-am folosit de plastilină pentru a modela grafemele și unele cuvinte simple, am trasat grafemele în aer, pe bancă, se poate folosi jocul scrabble, decupajul grafemelor pe carton, sublinierea cu o anumită culoare a grafemelor în texte simple. Vor fi recuperate aspectele ce țin de structura psihomotricității deficitare. În literatura de specialitate sunt enumerate metode și tehnici variate de recuperare. Logopedul este acela care selectează, adaptează și utilizează metodele și tehnicile în funcție de fiecare copil

„Singurul lucru care mă împiedică în învățare este învățământul.” – spunea Albert Einstein, un dislexic-disgrafic. De fapt, spunea că sistemul de învățământ nu era pregătit să accepte copilul cu o anumită problemă de limbaj. Logopedul, alături de părintele copilului cu tulburări de citit-scris se implică în educația copilului pe parcursul anilor de școală, devenind partener alături de învățător, psiholog, kinetoterapeut, medic. Comunicarea deschisă, buna intenție și bunul simț, încrederea, înțelegerea și sprijinul reciproc vor ajuta această relație să devină un adevărat parteneriat în înțelegerea și corectarea dislexo-disgrafiei precum și în integrarea în societate a copilului dislexo-disgrafic. Sperăm că vom fi capabili să remediem problemele de limbaj ale cât mai multor copii și că vom face din aceștia personalități integre.

BIBLIOGRAFIE:

Albu, A.; Albu, C. (1999) *Psihomotricitatea la vârsta de creștere și dezvoltare*, Iași, Editura Spiru Haret;

- Boșcaiu, E. *Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire în grădinițele de copii*, București, Editura Didactică și Pedagogică;
- Burlea, G. (2007) *Tulburările limbajului scris-citit*, Iași, Editura Polirom;
- Bâlbâie, V. și Pricop, M. *Culegere de material metodic pentru corectarea dislaliilor* Ed. Didactică și pedagogică, București, 1979;
- Bâlbâie, V., *Semiologia dislexiei și terapia ei* Editura PIM Iași 2010;
- Bâlbâie, V., *O interesantă cazuistică logopedică și terapia ei*, Editura Pim Iași 2008;
- Guțu, M. (1974). *Logopedia*. U.B.B., Cluj-Napoca ;
- Guțu, M. (1993). *Note de curs*. U.B.B., Cluj-Napoca;
- Ioan Dorin Radu/Gheorghe Ulici *Evaluarea și educarea psihomotricității* Editura Fundației Humanitas București 2003;
- J.DE Ajuriaguerra, *Scrisul copilului* volumul 1 Editura Didactică și pedagogică București 1980;
- J.DE Ajuriaguerra, *Scrisul copilului* volumul 2 Editura Didactică și pedagogică București 1980;
- Gavin Reid, Angela J. Fawcett, Frank Manis and Linda S. Siegel, *The SAGE Handbook of Dyslexia*

Visual Dyslexia

Problems remembering and discriminating visual gestalts.

Symptoms

- Visual discrimination difficulties
- Slow rate of perception
- Visual sequencing difficulties
- Visual memory disorders
- Deficits in visual analysis and synthesis
- Omissions, additions and substitutions
- Losing place while reading

Causes

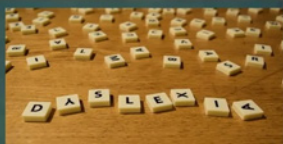
- Weak cognitive skills

Intervention

- Improve cognitive skills
- Application

Synonyms for 'visual dyslexia'

- Surface dyslexia
- Dyseidetic dyslexia
- Orthographic dyslexia



5 TERAPIA LOGOPEDICĂ LA COPILUL CU TULBURĂRI DIN SPECTRUL AUTIST

LECT. UNIV.DR. VIOREL AGHEANĂ,
DEPARTAMENTUL PSIHOLOGIE SPECIALĂ,
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚELE EDUCAȚIEI,
UNIVERSITATEA DIN BUCUREȘTI

Conform DSM V (2016, p. 31), „tulburarea din spectrul autismului se caracterizează prin deficite persistente privind comunicarea și interacțiunea socială în diverse contexte, inclusiv deficite privind reciprocitatea socială, comportamentele comunicative nonverbale folosite pentru interacțiunea socială și abilitățile pentru dezvoltarea, menținerea și înțelegerea relațiilor.”

Modul în care a fost descris autismul și criteriile de încadrare diagnostică au suferit modificări, uneori foarte consistente, de-a lungul timpului, dar există o serie de aspecte descrise constant, cum ar fi interacțiunea socială atipică, interes social redus, mișcări atipice și comunicare deficitară. (Trifu, Hațegan, & Miclea, 2019).

Tulburările din spectru se pot manifesta la orice nivel intelectual, de la deficiență severă mintală până la inteligență ridicată. Condiția adultului autist este în strânsă legătură cu nivelul pe care acesta îl are în copilărie, doar cei cu un nivel de intelectual mediu sau ridicat având o șansă de a deveni independenți. Cu toate acestea se pot obține progrese prin educație pentru a îmbunătăți calitatea vieții celor afectați, indiferent de nivelul de dezvoltare al lor. (Wing, 1997)

Limbajul și comunicarea în condițiile tulburărilor din spectrul autist (TSA)

Primele sunete pe care le produc sugarii sunt plânsetele și gânguritul care au rol

esențial ca mecanisme de comunicare. Principalele repere în ceea ce privește dezvoltarea vorbirii sunt producerea de silabe bazale (combinații consoană + vocală), care apar între 6 și 10 luni, urmate la scurt timp de gânguritul reduplicat și lalațiune (repetări de silabe). În jurul vârstei de un an, bebelușul nu doar că folosește lalațiunea din ce în ce mai divers, făcând noi combinații de sunete și intonații, ci vor apărea și primele cuvinte, iar ele folosesc aceleași sunete și conțin același număr de sunete și silabe, ca și secvențele precedente (Tannock R., Girolametto L., 1992).

Părinții copiilor cu autism raportează adesea că primul semn al unei probleme cu copilul lor era fie absența limbajului, fie pierderea limbajului care începea să se dezvolte în al doilea an de viață. Privind retrospectiv, chiar și în primele 12 luni, copiii nu au fost foarte receptivi la contactul cu adulții, nu s-au implicat în jocuri și nu au reușit să dezvolte atenție comună - capacitatea de a împărtăși interesul pentru un obiect cu o altă persoană. Până la vârsta de un an, mulți sugari care mai târziu primesc diagnosticul de autism nu răspund la propriul nume și nu reușesc să facă contact vizual. Latura externă a limbajului se dezvoltă la copil tipic prin trecerea de la un cuvânt la o înlănțuire de două, trei cuvinte, la fraza simplă până la o înlănțuire de fraze, mai târziu apar propozițiile compuse, fiind urmate de limbajul încheiat,

care este alcătuit dintr-un șir de propoziții dezvoltate. Prin acest proces al laturii fazice a vorbirii, copilul progresează de la părți la întreg (cuvânt-propoziție-frază). Dar în ceea ce privește latura semantică a vorbirii, copilul începe de la întreg, de la propoziții, și numai după aceea el reușește să treacă la stăpânirea unităților semantice particulare, a semnificațiilor cuvintelor, acesta dezmembrând gândirea contopită care este exprimată printr-o propoziție, ajungând la o serie de semnificații verbale ce sunt legate între ele. (Popescu-Neveanu, 2013).

Până la sfârșitul celui de-al doilea an, aproape toți copiii mici cu autism încă nu au un limbaj funcțional și sunt extrem de limitați în comunicarea cu ceilalți, eventual folosind o altă persoană care să le îndeplinească cererile, folosind un gest sau ducând mâna către locația obiectului dorit. De asemenea, ei nu se angajează în jocuri simbolice prin folosirea unui obiect, cum ar fi un băț pentru a reprezenta ceva precum o sabie într-un context de joacă. Într-o oarecare măsură, putem vedea că deficitul social primar în autism stabilesc un curs de dezvoltare (sau nedezvoltare) pentru deficitul în limbaj și comunicare. Copii cu autism nu știu să interacționeze cu ceilalți la orice nivel sau prin orice mijloace, inclusiv prin limbaj. (Tager-Flusberg & Helen, 2000). Emil Verza (2011) arată că în autism, dificultățile de limbaj și comunicare poartă amprenta unui retard verbal sever

ce manifestă de timpuriu prin lipsa unor relații adecvate la vorbire și prin slabul interes manifestat în achiziția limbajului de către subiect.

Stone și colaboratorii săi (1990) au subliniat că o mare parte a copiilor cu autism indică o rată scăzută a abilităților de imitare vocală, un repertoriu restrâns de vocalizări și deficite ale abilității de imitare a unor sunete. Dar dincolo de toate aceste manifestări, este evident faptul că chiar raportarea la actul comunicării este diferită la copilul cu autism.

Temple Grandin, una dintre primele persoane cu autism care a documentat experiența personală cu autismul, povestește: „Câteodată auzeam și înțelegeam tot ce se spunea, dar în alte momente sunetele și cuvintele răsună în creierul meu cu zgomotul insuportabil al unui tren marfar la viteză maximă.” (Temple Grandin apud Peeters, 2009, p. 96) Această mărturie a trăirii „zgomotului” comunicațional este expresia existenței unei grile cognitive incomplete de filtrare a informațiilor, handicap care supune și menține pe autiști într-o stare majoră de dezorientare în fața situațiilor nefamiliare.

Lipsa verbalizării și limbajul extrem de sărac au condus la necesitatea unor abordări care să se adreseze, pe de o parte, tulburărilor de limbaj prezente la copilul cu TSA, iar pe de altă parte, să țină seama de caracteristicile comportamentale ale acestora.

METODE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI LA COPILUL CU TSA

Sistemul de comunicare prin schimb de imagini (PECS)

Comunicarea prin schimb de imagini este o formă terapie utilizată în cazul persoanelor cu autism și nu numai. Sistemul a fost aplicat cu succes la o mare varietate de vârste,

de la nivel preșcolar, până la vârsta adolescenței și chiar adulți. PECS a fost dezvoltat de către Andy Bondy și Lori Frost (1994), care au considerat o adevărată provocare în a dezvolta un program de instruire comprehensiv, care să relice rezultatele frustrante obținute

de către copiii cu TSA în cadrul terapiilor tradiționale și, în același timp, să realizeze o diferențiere clară între ceea ce semnifică conceptul de vorbire și cel de comunicare. Frost și Bondy au elaborat, în 2002, protocolul de instruire PECS, unde strategiile esențiale pentru dezvoltarea fiecărei abilități sunt bazate pe învățarea diferențială, întărirea și recompensarea comportamentului țintă, generalizarea acestora și corectarea erorilor acolo unde acestea apar. Astfel, protocolul este constituit din șase etape de instruire distincte, iar tranziția spre o etapă superioară se bazează pe achizițiile dobândite în etapele precedent învățate (Bondy și Frost, 2009). Plecând de la faptul că persoanele cu autism de vârstă mică nu sunt influențate de recompense sociale, învățarea debutează prin acțiuni funcționale, care pun copilul în contact direct cu recompense semnificative. Prin urmare, programul poate demara imediat ce au fost identificate potențialele recompense, care reprezintă punct de plecare în cadrul intervenției.

În prima etapă, copilul este învățat să realizeze schimbul fizic obiect-imagie, prin formarea abilității de asociere dintre item și referentul său, comportament corespunzător protoimperativelor (funcție de solicitare). În această fază a programului, instruirea se realizează cu sprijinul a doi specialiști, unde unul joacă rolul partenerului de comunicare și este așezat în fața copilului, iar cel al doilea joacă rolul prompter-ului fizic, el sprijinind individul în realizarea comportamentului de solicitare prin oferirea simbolului.

În momentul în care acesta este capabil să prindă imaginea, să o ridice și să o ofere partenerului de comunicare în mod individual, se poate trece la etapa următoare, cunoscută sub denumirea de „învățarea persistenței” sau „lărgirea ariei de acțiune”. După câteva sesiuni de training, în realizarea schimbului de imagini, partenerul de comunicare mărește distanța față de copil, la început de circa 1 metru, pentru ca treptat acesta să fie din ce în

ce mai mare. În acest fel, individul este obligat să-și caute partenerul în mediul său, să-l abordeze și să ofere imaginea pentru a primi itemul dorit. Astfel, sunt create contexte de învățare a unor strategii de depășire a potențialelor obstacole, cum ar fi creșterea distanței dintre parteneri sau dintre copil și cardul de comunicare.

Cea de-a treia etapă a protocolului PECS se focalizează pe învățarea comportamentului de discriminare a imaginilor. În etapa de început, sunt utilizate perechi de obiecte (agreate-neagreate de către copil). Fără niciun indiciu verbal sau gestual, elevul va fi lăsat să discrimineze și să opteze între cele două pictograme prezentate, pentru ca, ulterior, una dintre ele să fie oferită partenerului de comunicare. Prin urmare, obiectul înmănat va fi în conformitate cu simbolul, indiferent dacă acesta este sau nu plăcut subiectului. De obicei, atunci când copilul primește obiectul care nu-i trezește interes, acesta îl va arunca sau va manifesta comportamente problematice, situație ce impune adoptarea unor strategii de corectare a erorilor. În acest mod, copilul va fi forțat să privească imaginile, să le analizeze și să le ofere pe cele adecvate.

În cea de-a patra etapă a protocolului PECS se urmărește învățarea comportamentului de formulare a propozițiilor protoimperative „eu vreau”. În acest mod, sunt dezvoltate strategii echivalente pentru intonație, care să-i permită elevului să clarifice funcția pictogramei selectate. Astfel, el va fi învățat să formuleze propoziții simple utilizând „lanțul propozițional”, pe care sunt plasate imaginile pentru „eu vreau” și simbolul obiectului dorit. Este recomandabil ca formarea acestei abilități să se realizeze în momentul în care vocabularul de imagini cuprinde circa. 12-20 de reprezentări, iar acestea sunt grupate pe anumite categorii distincte (alimente, jucării, îmbrăcăminte etc.).

Ajunși la ultima etapă, instructorul introduce noi simboluri de comunicare, cu scopul

formării comportamentelor protodeclarative. Noile unități introduse includ simboluri pentru „eu văd”, „eu aud”, „eu am” și altele. Ca strategie de lucru, profesorul adresează copilul întrebarea „ce vezi?”, în timp ce utilizează imaginea „eu văd”. De asemenea, după formularea propoziției, copilul oferă lanțul propozițional adultului, care citește propoziția fără a-i oferi subiectului referentul pus în discuție. Dacă până în această fază, comunicarea era folosită doar cu scop de solicitare, în această ultimă etapă copilul învață să eticheteze sau să denumească itemii. Dincolo de etapa a VI-a, se urmărește introducerea conceptelor lingvistice adiționale iar vocabularul copilului va cuprinde aproximativ 30-50 de simboluri. Astfel, scopul fundamental al intervenției este de a îmbogăți repertoriul funcțional de comunicare prin adăugarea unor simboluri, care să reprezinte „ajutor”, „pauză”, adjective (formă, mărime, culoare, textură), concepte spațiale-adverbe, verbe etc. În aceste condiții, prin strategia de înlănțuire a simbolurilor, elevul învață să formuleze propoziții din ce în ce mai complexe, care să completeze sau să clarifice o solicitare și în același timp să-i satisfacă nevoile sale de comunicare sau preferințele pentru anumite lucruri sau situații. De asemenea, formarea abilității de a combina simboluri cu scopul de a defini un item pentru care copilul nu are o reprezentare constituie un obiectiv în cadrul intervenției (Marckel, Neef și Ferreri, 2006).

ABA (Applied Behaviour Analysis)

A fost inițiată de Lovaas în anii 1960, în SUA și are la bază principii ale psihologiei behavioriste prin analiza comportamentului aplicat în mod sistematic pentru a îmbunătăți răspunsul comportamental al unei persoane.

În cadrul acestei abordări de intervenție, se vizează formarea și dezvoltarea abilităților din sfera limbajului receptiv și expresiv; preluării școlare; autonomie personală; a capacității atenționale și de imitație. Astfel,

fiecare încercare educativă sau sarcină care-i este solicitată copilului rezidă într-o cerință ținând seama de antecedente (respectiv o directivă dată copilului pentru a efectua o acțiune); un comportament, respectiv răspunsul copilului, interpretându-se dacă este un răspuns adecvat sau unul neadecvat, menționându-se eventuala absență a răspunsului și o consecință, adică o reacție a intervenientului care constă într-o gamă de răspunsuri (de exemplu, o întărire pozitivă, o reacție ușor negativă etc.).

Terapia durează între 15-40 ore/săptămână, astfel încât, în fazele incipiente, copilul învață comportamente bazale ale interacțiunilor sociale și jocului, pentru ca în mod progresiv să fie vizate abilitățile de limbaj, comunicare și relaționarea cu persoane de aceeași vârstă. Se folosește de ceea ce-l motivează pe copil și de tehnici pozitive de întărire a comportamentului.

În însușirea limbajului, pot fi utilizate mijloace ca:

- acordarea unei recompense pentru fiecare vocalizare sau emisie de sunete;
 - acordarea unei recompense atunci când subiectul reușește să producă aceeași formă verbală ca și terapeutul;
 - acordarea unei recompense numai atunci când subiectul reușește să producă vocalizarea la un interval de 5 secunde față de vocalizările terapeutului;
 - acordarea recompensei se face atunci când se imită al doilea sunet produs de terapeut după ce subiectul a reușit, anterior, să emită altul;
 - acordarea recompensei se face, în continuare, la al treilea sunet, tocmai pentru a sublinia importanța discriminării fine.
- Așa cum rezultă, prin acțiunile de mai sus se dezvoltă limbajul expresiv, iar în ceea ce privește limbajul receptiv, se recurge la imitarea gestuală și apoi, progresiv, i se cere subiectului să imite la comandă verbală.

Punctul central în ABA este înregistrarea progreselor la fiecare pas. Informațiile înregistrate stau la baza trecerii la pasul următor, la etapa următoare și sunt oglinda modului în care decurge terapia și a progresului general al persoanei.

Etapele urmărite în dezvoltarea limbajului și comunicării sunt următoarele:

1. Stimularea verbalizării prin vocalizare sau imitarea sunetelor din natură
 2. Imitație oral-motorie (miogimnastică)
 3. Manevrarea cu sunet a obiectelor (prin imitație)
 4. Vocale și combinații
 5. Consoane și combinații
 6. Imitarea modulației vocii
 7. Înlănțuiri de silabe
 8. Încurajarea și dezvoltarea limbajului expresiv
 9. Articularea cuvintelor pornind de la cele pe care le are deprinse corect la programele pe expresiv, sau/și pornind de la cuvinte cu sens de 2,3,4,..... litere
 10. Articularea prepozițiilor și a cuvintelor de legătură
 11. Propoziție simplă
 12. Propoziție dezvoltată
 13. Limbaj funcțional
- La finalul terapiei, sunt abordate deficiențele de decodare a emoțiilor, achizițiile

perioadei preșcolare și autoreglarea comportamentală în medii nefamiliare.

Metoda TEACCH

Sistemul de învățare TEACCH este inițiat de Eric Schopler în anii '70 și transformat de Școala de Psihiatrie din cadrul Universității Carolina de Nord, Chapel Hill, într-un sistem special de educație a copiilor cu tulburări din spectrul autismului.

Scopul principal al acestui sistem de învățare este maximizarea independenței persoanei, adică dezvoltarea unui program în jurul nevoilor, intereselor și abilităților persoanei cu TSA.

Un obiectiv al terapiei TEACCH este comunicarea spontană cu sens, iar pentru acei copii care nu pot vorbi este încurajată utilizarea modurilor alternative de comunicare așa cum sunt: fotografiile, pozele, limbajul semnelor și scrierea de cuvinte. Aceste strategii compensează sau reduc deficiențele specifice celor cu autism și minimalizează problemele comportamentale. Deși în acest tip de intervenție se lucrează și individual, pentru dobândirea de noi abilități, pregătirea/instruirea în grup este de asemenea foarte bine structurată și reprezintă un punct forte al acestui tip de intervenție.

ETAPE ÎN DEZVOLTAREA LIMBAJULUI ȘI COMUNICĂRII:

Exprimarea nevoilor.

Acesta este cel mai de bază mod de comunicare. Exprimarea nevoilor implică o indicare cât de cât a nevoii, fără a îndrepta în mod necesar comunicarea către o altă persoană. În etapa aceasta, copilul are doar un singur mod de a comunica o varietate de nevoi diferite. De exemplu, un copil plânge când îi e foame, dar și când îi e somn.

Exprimarea nevoilor specifice.

Aceasta e de obicei comunicarea motorie, care poate include întinderea după obiecte, luarea unei persoane la un obiect, aducerea unui obiect la o persoană, sau punerea mâinii unei persoane pe un obiect. În etapa aceasta, copilul are o idee specifică despre nevoia lui și încearcă să comunice această nevoie.

Folosirea gesturilor

Gesturile includ arătarea, uitatul înainte și înapoi după un obiect sau o persoană, ridicarea umerilor și alte gesturi comune. Acesta este un mod de comunicare de obicei dificil pentru copiii cu autism și adesea nici nu apare decât mult mai târziu în dezvoltare. Gesturile sunt dificile pentru copiii autiști deoarece ele comunică, de obicei, informație socială sau informație despre ideile interne. De exemplu, copiii adesea arată cu degetul pentru a-și manifesta interesul față de ceva sau ridică din umeri pentru a comunica că nu știu ceva.

Atenția participativă

Unul dintre aspectele gesturilor, dificil pentru copiii cu autism, este folosirea atenției participative - abilitatea de a fi atent la cineva, în timp ce amândoi sunt atenți la același obiect. De exemplu, a arăta spre un obiect de interes este o formă de atenție participativă. Un mod de a-i ajuta pe copii să-și dezvolte această abilitate este de a face acest mod de comunicare mai concret. De exemplu, poți atinge obiectul către care arăți, în loc doar să arăți către el, de la distanță.

Următoarea etapă a comunicării este una care de obicei e de ajutor copiilor cu autism, dar nu se întâlnește în mod obișnuit la copiii normali.

Această etapă este folosirea intensă a informației vizuale pentru a comunica. Acest

tip de comunicare este adesea folosit când copilul cere ceva ce dorește. Deși vrei ca el să comunice în legătură cu lucrurile practice, cum ar fi mersul la baie, este mai bine să începi cu mâncărurile sau obiectele favorite, care sunt cele mai motivante pentru copil. De exemplu, dorința (cererea) de a bea poate fi comunicată prin oferirea unui obiect (ex. o cană), o imagine (ex. o imagine cu o cană), sau un cuvânt scris, (ex. cuvântul „cană” scris de copil sau deja scris pe un carton, aflat între mai multe cartoane, dintre care copilul poate alege).

Semnele

Copiii cu autism pot învăța să facă semne (să scrie semne), ca o rutină pentru a cere lucruri, dar ei nu pot înțelege rostul acestui act (activități). Când comunicarea nu are sens, este mai puțin probabil ca el să încerce să comunice.

Deoarece semnele sunt abstracte, ele nu pot avea așa de mult sens ca obiectele sau imaginile.

Ultima etapă de bază a comunicării este **folosirea cuvintelor**

Bineînțeles că are loc un întreg proces de dezvoltare a limbajului de la folosirea unui singur cuvânt, până la folosirea propozițiilor. Pe măsură ce copilul începe să-și dezvolte limbajul, trebuie creat un mediu care să ducă la un limbaj reușit.

STRATEGII DE INTERVENȚIE TERAPEUTICĂ LA COPILUL CU TSA

Una dintre principalele trăsături ale copiilor cu TSA este greutatea cu care mulți dintre ei dobândesc și folosesc limbajul. O parte dintre copiii cu TSA nu ajung niciodată să-și însușească limbajul, de aceea este necesar să se dezvolte pentru ei metode alternative de comunicare (spre exemplu, PECS).

Lipsa unor deprinderi de comunicare fiabile, în contexte sociale cât mai variate, blochează inițierea și cultivarea unor relații interpersonale de calitate, menținând-i pe copiii cu autism într-o perpetuă stare de izolare. În această situație, cea mai importantă este intervenția timpurie, unde se pune accent pe vorbire,

limbaj și comunicare. Este foarte important ca intervenția în cazul copiilor cu autism să se centreze pe aspectele pragmatice ale comunicării și mai puțin pe aspectele legate de formă din cauza faptului că autismul afectează foarte grav însăși natura comunicării.

Mulți dintre copiii cu autism nu au nici limbaj, nici baza socială pe care se poate fundamenta comunicarea, cu toate că arată a avea abilități bune în arii nonverbale, precum anumite abilități motorii fine și grosiere, utilizate mai ales în manipularea unor obiecte.

Înainte de a se introduce limbajul formal, format din cuvinte, silabe, foneme la copiii care au o discontinuitate în dezvoltare, cum sunt copiii cu autism, aceștia trebuie să aibă parte de intervenții pentru îmbunătățirea capacității de imitație și abilitățile de comunicare prin utilizarea gesturilor naturale în contexte sociale.

Un ingredient important pentru învățarea vorbirii este întotdeauna contextul social, deci necesită interacțiuni umane, iar acest lucru se va face cu dificultate atunci când avem în vedere copiii cu autism. Deci dacă vorbim despre terapia logopedică, ar trebui să ne așteptăm ca aceasta să fie de lungă durată, cu progrese lente și deseori chiar regrese. De asemenea, nu va trebui să neglijăm faptul că copiii cu TSA au nevoie de o perioadă de adaptare socială mai îndelungată, iar prezența unei persoane necunoscute (logopedul) e un factor destabilizator în mediul obișnuit de viață al copilului.

Un lucru la fel de important este învățarea copiilor cu autism să utilizeze abilitățile de comunicare în contextul natural al rutinei din timpul activităților cotidiene din viața de zi cu zi și să își dezvolte comunicarea spontană. Intervenția trebuie să pornească de la nivelul social, comunicațional și cognitiv al fiecărui subiect în parte, de unde să progreseze în mod natural.

Potter și Whittaker (2001) au testat mai multe strategii de intervenție în comunicarea

copilului cu autism și au scos în evidență următoarele abordări:

1. abordarea proximală a comunicării;
2. abordarea unui discurs minimal;
3. reducerea ajutorului (prompt-ului);

1. Abordarea proximală a comunicării

Această abordare folosește interacțiuni non-verbale organizate, precum luptele ca și joc, imitație și realizarea unor pauze în timpul activității. Potter și Whittaker (2001) sugerează anumite puncte importante pentru comunicarea proximală:

- gândirea și lupta în joacă, potrivite cu evoluția fizică a copilului;
- utilizarea expresiilor feței și a semnelor fizice în cursul jocului;
- succesiunea momentelor active cu opriri pasive;
- răspunsul la privirea fixă a copilului;
- folosirea ecolaliei pentru a dezvolta imitația;
- pentru a diversifica interacțiunea se utilizează imitarea acțiunilor fizice pe care copilul le realizează;
- axarea pe interacțiuni interpersonale decât pe introducerea obiectelor.

Abordarea proximală a comunicării oferă copiilor cu autism să își dezvolte comunicarea, cu ajutorul mai multor funcții ce țin de comunicare.

2. Abordarea unui discurs minimal

Această strategie este potrivită pentru acei copii cu nu percep sau înțeleg foarte puțin din limbajul verbal. Având în vedere „limbajul interior” al fiecărui copil cu autism, această strategie de dezvoltare a limbajului se folosește alături de alte tipuri non-verbale de comunicare. Elementele esențiale ale abordării discursului minimal sunt:

- utilizarea consecvență a unui sau a două cuvinte cu relevanță strictă pentru acea situație;

- conectarea exactă a cuvintelor la situație în momentul în care copilul se află în ea;
- utilizarea unei voci clare și puternice.

3.Reducerea ajutorului (prompt-ului)

Copiii care au autism devin dependenți de ajutor, fie că este vorba de ajutor fizic sau verbal, iar noi le dăm acest ajutor pentru a

răspunde comunicării. Trebuie luat în calcul faptul că reducerea prompt-ului este foarte importantă, pentru ca ei să poată iniția comunicarea. Studiile demonstrează că o metodă prin care să se realizeze acest lucru este aceea de a le răspunde cu întârziere sau să folosim pauze în momentele cele mai importante ale activității.

PRINCIPII ALE TERAPIEI LOGOPEDICE LA COPILUL CU TSA

Un program de intervenție logopedică adaptat copilului cu TSA ar trebui să pornească de la următoarele principii:

Intervenția timpurie: activitățile de dezvoltare a limbajului trebuie să înceapă cât mai curând posibil la copilul cu TSA, practic imediat după identificarea problemei. Intervenția timpurie este esențială, dacă avem în vedere faptul că studiile au arătat că există o corelație între prezența limbajului vorbit la copilul cu autism și posibilitatea unei vieți independente la vârsta adultă (Wing, 1997).

Înainte de a se introduce limbajul formal, format din cuvinte, silabe, foneme la copiii care au o discontinuitate în dezvoltare, cum sunt copiii cu autism, aceștia trebuie să aibă parte de intervenții pentru îmbunătățirea capacității de imitație și abilitățile de comunicare prin utilizarea gesturilor naturale în contexte sociale și să se bazeze pe experiențele din viața de zi cu zi ale copilului. Înainte de a comunica, trebuie să existe motivația pentru comunicare.

Terapia trebuie să pornească de la nevoile copilului în sfera comunicării, iar dezvoltarea să urmeze evoluția naturală în geneza limbajului vorbit. Mai mult, la copilul cu TSA s-a demonstrat incapacitatea segmentării fluxului sonor în elemente distincte (Tager-Flusberg & Caronna, 2007), deci abordarea terapeutică trebuie să pornească de la silabele de bază, pe care le folosește copilul intenționat sau

accidental, din care vom construi cuvinte, ca apoi să se treacă la utilizarea lor în propoziții. Pornim de la sunetele pe care le poate emite copilul (de obicei vocala însoțită de consoană) și încercăm să facem deplasarea către un cuvânt monosilabic cu sens. De exemplu, fonemul A îl putem deplasa către AIA (cu indicarea obiectului) sau APA. Nu ne centram niciodată pe un fonem izolat, ci vom încerca să facem silabe pentru cuvinte cu sens.

Scopul principal al terapiei logopedice va fi într-o primă fază dezvoltarea comunicării la nivel propozițional în diferite contexte și nu corectarea eventualelor tulburări articulatorii sau alte deficiențe de vorbire. Deci vom încerca să transformăm copilul non-verbal sau cel cu limitări într-un copil care comunică verbal, altfel este irelevant dacă copilul pronunță corect fonemul „V” sau „R” câtă vreme nu poate să ceară singur să meargă la toaletă, de exemplu.



PRINCIPII DE COMUNICARE LA COPILUL CU TSA

1. Principiul sprijinului minimal

Începem cu nivelul de sprijin cel mai scăzut, în funcție de capacitatea de învățare a copilului cu autism și de sarcina respectivă. Dacă am apreciat greșit nivelul de dezvoltare, iar sarcinile sunt ușor de îndeplinit de către copil, trecem la un nivel superior. Dacă sarcina este simplă și considerăm că copilul o poate efectua ușor, nu vor fi necesare tehnicile de demonstrare și sprijin fizic.

2. Principiul retragerii gradate a sprijinului

Acest principiu constă în a oferi din ce în ce mai puțin sprijin copilului, pe măsură ce acesta face progrese. Dacă el efectuează la început o sarcină cu ajutorul unei directive

verbale, la următoarea încercare nu îi vom da decât o scurtă indicație. Apoi, se va putea oferi doar sprijinul observării în tăcere. Este posibil ca acesta să realizeze sarcina fără un alt ajutor, devenind astfel mai autonom.

3. Principiul confirmării

După ce am stabilit metoda de executare a sarcinii, vom decide cum îi vom comunica copilului că a efectuat-o corect. Cea mai bună metodă este cea de confirmare imediată a realizărilor corecte, care întârște răspunsul copilului. Există și alte metode de confirmare, cum ar fi încurajarea, felicitările, un surâs aprobator și, în anumite cazuri, stimulente materiale: dulciuri, jetoane, jucării etc.

REVIZUIREA UNEI STRATEGII DE INTERVENȚIE

Ce se întâmplă dacă a fost elaborată o strategie, s-au efectuat activitățile, dar copilul cu TSA nu a reușit să achiziționeze sarcina sau nu răspunde? În cazul acesta, va trebui să ne adaptăm strategia. Nu orice element ce face parte dintr-o strategie de intervenție funcționează mereu de la prima încercare. Dacă este necesar, trebuie să fim cât mai flexibili și să revizuim strategiile.

Când este evident că copilul nu va reuși să realizeze sarcina, începem să modificăm strategiile, urmărind în ordine următoarele puncte:

1) Oferim mai mult sprijin copilului și alegem o altă formă de confirmare a rezultatelor și de motivare.

2) Revizuim tehnica de intervenție și metodele.

3) Revizuim etapele sarcinii.

4) Revizuim modul în care are loc învățarea (contextul).

5) În sfârșit, dacă toate aceste acțiuni sunt inutile, este posibil ca sursa lipsei de progres să fie chiar terapeutul.

În această ultimă situație, recomandăm părinților să caute un alt terapeut sau chiar propunem noi pe altcineva care să lucreze cu copilul.

Prin urmare, terapia limbajului și comunicării la copiii cu autism are caracter deosebit, deoarece nu presupune doar corectarea unor tulburări de limbaj sau oferirea unor mijloace de comunicare. Chiar dacă copilul achiziționează un număr de cuvinte sau simboluri, de cele mai multe ori acesta nu știe ce să facă cu ele și în ce context să le folosească. Pentru ca terapia să aibă rezultate, copilul cu autism trebuie învățat pornindu-se chiar de la baza interacțiunii sociale, cea care fundamentează și generează comunicarea. De aceea, terapia implicată în dezvoltarea comunicării și limbajului la copiii cu TSA va fi una complexă, ce va face apel la mai multe metode, iar programul educațional-terapeutic va urmări și alte obiective care vizează și alte paliere ale dezvoltării.

BIBLIOGRAFIE

- Barber, C. (2013). *Autismul și sindromul Asperger. Ghid pentru asistenți medicali*. București, ALL.
- Bogdashina, O. (2012). *Comunicarea în autism și sindromul Asperger. Vorbim aceeași limbă?* Târgu Neamț, Dianușa.
- Bondy, A., Frost L., (1994). *Picture Exchange Communication System în Focus on Autism Behavior*,
- Bondy, A., Frost, L. (2009). *The Picture Exchange Communication System: Clinical and Research application* în Mirenda P., Iacono T., (Eds), *Autism Spectrum Disorders and AAC*, Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Potter, C., Whittaker C., (2001) *Enabling Communication in Children with Autism*, Jessica Kingsley Publishers.
- Crișan, C. (2014). *Tulburări de spectru autist. Diagnoză, evaluare, terapie*. Cluj Napoca: EIKON.
- DSM V, Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, Ediția a V-a, București, Editura Medicală Callisto, 2016.
- Mureșan, C., (2007), *Autismul infantil. Structuri psihopatologice și terapie complexă*, Cluj-Napoca. Presa Universitară Clujană.
- Peeters, T. (2009). *Autism. Teorie și intervenție educațională*, Iași, Polirom.
- Popovici D.V., Agheană V., (2017) *Limbaajul și comunicarea în tulburările din spectrul autist*, în *Cuvinte, cuvinte*, Brașov, 137-147.
- Popovici D.V., Agheană V.,(2015). *Augmentative languages, general characteristics and practical applications*, în *Journal Plus Education*, Vol 12, 233-238.
- Simion, I. A. (2014). *Metode și tehnici cognitiv-comportamentale în abordarea autismului: între cunoaștere și recuperare*. București, Mica Valahie.
- Tager-Flusberg, H., Caronna, E. (2007), *Language Disorders: Autism and Other Pervasive Developmental Disorders*, *Pediatric Clinics of North America*, Volume 54, Issue 3, 469-481.
- Tannock R., Girolametto L. (1992) *Reassessing Parent-focused Language Intervention Programs*. În: Warren SF, Reichle JE, eds.. Baltimore, Md: Paul H. Brookes Publishing, 49-79.
- Verza, E. (2011). *Tulburările de limbaj și comunicare*. În E. Verza, *Psihopedagogie specială - TRATAT* (p. 627). București, Editura Universității din București.

6. LOGOPEDUL ȘCOLAR - DOUĂ PROPUNERI PENTRU CURRICULUM LA CLASA PRE-GĂTITOARE

PROF. LOGOPED GHERLE ȘOIMIȚA-ANCA,
CENTRUL LOGOPEDIC INTERȘCOLAR NR.11, C.I.R.A.E. CLUJ,
ȘCOALA ION AGÂRBICEANU, CLUJ-NAPOCA

„Nu-ți lăsa copiii să se limiteze la ce știi tu,
pentru că ei s-au născut în alte vremuri”

Proverb ebraic

Necesitatea unei schimbări în învățământ este de neînlăturat, dacă luăm în considerare fluxul de informație din viața cotidiană, schimbările atribuțiilor din instituțiile tradiționale și noile descoperiri privind activitatea mentală.

Trei teme de bază se evidențiază din numeroasele idei și teorii cu privire la educația în prima copilărie. În primul rând, există etica reformei sociale. În educarea copiilor mici, există speranța în schimbări sociale și în îmbunătățirea situației pe viitor. Este în puterea adulților dintr-o societate de a spera într-o îmbunătățire a condițiilor pentru următoarea generație. Când această speranță este însoțită de acțiune, îmbunătățiri pozitive pot avea loc în favoarea copiilor. În timp, educația din prima copilărie a evoluat ca un demers cuprinzător, implicând familia, școala și comunitatea într-o relație de parteneriat.

În al doilea rând există recunoașterea valorii copilăriei. Pe măsură ce oamenii au admis importanța acestei vârste, calitatea vieții copiilor s-a îmbunătățit. Adulții și-au asumat mai multă răspundere în asigurarea condițiilor care îi privesc pe copii. S-au promulgat legi pentru a proteja copiii și pentru a le asigura bunăstare fizică și sănătatea.

Educatori specializați în această grupă de vârstă susțin că prima copilărie este baza viitoare dezvoltări pe plan fizic, social, emoțional și cognitiv. Astfel, s-au dezvoltat în paralel programe calitative și practici pedagogice pentru copii. O dată cu aceste schimbări, a intervenit și un nou respect pentru copilărie și copii, însoțit de o mulțime de programe noi.

Rolul școlii și al familiei ca parteneri în transmiterea valorilor este cea de-a treia temă care rezultă din numeroasele teorii asupra educației în prima copilărie. Ce ar trebui să facă și să fie copiii în ultimă instanță este tocmai miezul problematicii tuturor practicilor de îngrijire a copilului, și acasă, și la școală. Pionieri în domeniul dezvoltării infantile credeau în valoarea copilăriei, ceea ce a fost preluat și în ideile educaționale, influențând practica curentă.

Prima propunere pentru dezvoltarea competențelor de comunicare la disciplina Comunicare în limba română, înscrisă în planul de învățământ, în aria curriculară Limbă și comunicare:

Pentru dezvoltarea competențelor de comunicare, sugerez ca în cadrul competențelor specifice la clasa pregătitoare să se introducă

momentul logopedic la începutul fiecărei activități de comunicare. Măsurile cu caracter educativ general sunt îndreptate spre: efectuarea corectă a respirației; un antrenament al musculaturii organelor implicate în actul vorbirii, pentru executarea cu precizie și siguranță a mișcărilor articulatorii; dezvoltarea auzului fonematic. Aplicațiile sunt prezentate în format ppt.

A doua propunere vizează schimbarea ordinii de învățare a sunetelor/literelor mari de tipar în clasa pregătitoare, în vederea prevenirii tulburărilor de citire/scriere.

Voi argumenta ținând cont de caracteristicile dislexiei, manifestări ce se întâlnesc la copiii cu CES atât în învățământul special, cât și în cel de masă.

Pentru a atribui unui anumit semn vizual un sunet elementar al limbajului, trebuie să se distingă mai întâi cu mare claritate fonemele între ele.

O ureche normală percepe diferențele acustice ce caracterizează fonemele. La dislexici, avem o deficiență a percepției auditive care nu le permite să analizeze într-un mod suficient de exact și precis sunetele limbajului vorbit pentru a sesiza corect sistemul reproducerii lor scrise. Este ușor să ne dăm seama că un astfel de copil va arăta mai repede și cu mai multă ușurință o literă al cărei nume sună rostit, decât să deprindă dintr-o silabă prima literă. Aceasta pentru că el nu poate diferenția corect suflul sau explozia ce constituie un fonem sau altul din cadrul silabei.

Dificultăți de diferențiere vizuală - este o diferență de structurare a formelor -, copilul fiind incapabil să se servească de criteriile ce permit diferențierea formelor asemănătoare.

Confuziile cele mai frecvente și tenace survin între litere ce nu diferă decât prin orientare: u - n; p - q - b - d.

Pentru a le diferenția, trebuie luate punctele de reper ca: sus-jos; dreapta-stânga. Copiii întrebați asupra deosebirii dintre aceste litere

spun că nu sunt la fel, dar nu sunt capabili să explice de ce nu sunt la fel. Aici este vorba de deficiență în structurarea spațiului.

În anumite cazuri, asemănările vizuale și auditive se combină, ceea ce facilitează confuziile ca în cazul lui b-d m-n, din cauza asemănărilor ca formă și ca sonoritate. Se întâlnesc uneori și confuzia între o-a (din cauza ovalului), între e-a (de tipar) sunt litere ce seamănă una cu inversul de sus în jos și de la dreapta la stânga cu cealaltă.

O altă tulburare se regăsește în distingerea ordinii de succesiune a literelor, respectiv deficiență în orientarea spațială.

Copilul nu-și dă seama că urmează sensul stânga-dreapta în citire și că inversează ordinea literelor. El citește fără a distinge, de ex., ra și ar, pla și pal, sau nu începe cuvântul cu prima literă, inversează silabele sau literele și silabele. Acest lucru este mai frecvent în cadrul silabelor mai complexe cu 3-4 consoane. Trebuie sesizat că aceste tulburări de structurare a formelor spațiale sunt însoțite de tulburări ale structurării formelor temporale. Copilul care inversează literele în citit se încurcă în ordinea succesiunii sunetelor limbii vorbite. Aceste dificultăți ale vorbirii orale vor apare mai accentuat în ortografiere pentru că trebuie să se realizeze coincidența succesiunii temporale și succesiunii spațiale, adică să corespundă succesiunea fenomenelor din limbajul oral cu deplasarea de la stânga la dreapta a limbajului scris.

Pentru a trece de la limbajul oral la cel scris, trebuie sesizat sistemul de scriere alfabetică. Mulți copii nu sesizează la început cheia sistemului de scriere, mai ales dacă se începe cu citire globală și dacă întâmpină dificultăți în izolarea și diferențierea sunetelor.

Fiecare literă corespunde unui sunet, ceea ce înseamnă că acela care citește trebuie să efectueze mișcarea articulatorie proprie emisiei acelui sunet în același timp cu perceperea literei. Pentru a citi, trebuie deci să stabilească o coincidență, o corespondență

între semnul vizual și mișcarea articulatorie destinată să producă sunetul.

Dacă copilul n-a învățat să citească, înseamnă că el n-a înțeles la ce servesc literele. Când se examinează asemenea copii, părinții sunt stupefiați de această realitate a incapacității realizării actului citirii în cele mai simple combinații-silabe; copii nu pot recunoaște o literă după sunet sau să execute mișcarea articulatorie pe care o simbolizează acea literă. Copilul știe numele literelor, ceea ce iluzionează, dar este incapabil de-a le pronunța în mod izolat în afara cuvântului cunoscut.

Cea mai mare parte a copiilor ajung într-un timp mai scurt sau mai lung, mai ușor sau mai greu să sesizeze faptul că literele corespund articulațiilor elementare a limbajului vorbit. Unii copii nu ajung niciodată.

Puși în fața unui text, ei sunt incapabili să citească; dacă se insistă, ei stabilesc numele literelor în șir, mâ - a - sâ - ă. Ei citesc în mijlocul textului câteva cuvinte, de ex. masă, pe care le cunosc pe dinafară și în care recunosc forma ca un desen. Această incomprehensiune a codului de simbolizare sunet – semn grafic este la originea dislexiilor celor mai grave și constituie, dacă ea nu poate fi surmontată, o adevărată alexie.

Tot așa cum pentru a vorbi trebuie să fi capabil nu numai de a emite sunete, dar și de-a lega o semnificație la aceste sunete, la fel citirea nu-i o simplă reproducere a sunetelor, ci trebuie să evoci realitatea exprimată prin sunete. Aici ieșim din domeniul perceptivo-motor, pentru a intra în domeniul lingvistic. Noi nu efectuăm trecerea pur și simplu de la un semnal vizual la un semnal sonor, ci trebuie să ne raportăm la semnificația acestor semne.

Deși familiarizați cu elementele citirii, mulți dislexici îndată ce sunt în fața unui text au un debit ezitant, inexpressiv și înțeleg prost sensul celor citite. Se pare că aici intră în joc și alți factori:

1. Pentru ca citirea să fie curentă, trebuie ca privirea să devanseze articularea;

dacă nu, citirea este ezitantă, tăiată în silabe sau în cuvinte. Or, mulți copii nu ajung să realizeze această operație complexă, privirea lor rămânând fixată pe silaba sau cuvântul pe care să-l articuleze.

2. Cuvintele citite trebuie grupate în așa fel ca pauzele să corespundă articulațiilor. Or, dislexicul se oprește la întâmplare, cel mai des când se izbește de un cuvânt sau o silabă dificilă, introducând tăieturi între cuvinte a căror semnificație cere să fie grupate sau, dimpotrivă, pe cele care ar trebui să le separe fără a ține seama de punctuație.

Acest mod de citire face textul incomprehensibil. Aceasta și pentru că nu înțelege nimic din ceea ce citește în acest fel. Pentru copil, ceea ce citește este literalmente „literă moartă”. El nu stabilește sau chiar dacă o face, cu lentoare și inexactitate, nu înțelege legătura dintre cuvânt și lucru. Lectura nu-i însoțită de evocare, de reprezentare mentală a realității simbolizate prin cuvinte. În acest caz este vorba de o deficiență fundamentală care a atins aspectul limbajului: dificultatea de simbolizare verbală.

Pornind de la aceste aspecte, am efectuat un experiment la o clasă pregătitoare C.P.C, institutor, S.B., la Școala Ion Agârbiceanu, Cluj-Napoca, an școlar 2013-2014. Experimentul a constatat din prezentarea într-o altă succesiune a sunetelor /literelor din alfabetul limbii române.

În primul, rând s-a realizat un material didactic orientativ: Dicție și comunicare, Caiet pentru dicție și Îndrumător logopedic, elaborat de profesorii logopezi din cadrul Asociației Logopezilor din România, respectiv, Beti-Ana Cioacă și Valeria Balaban C.M.B.R.A.E (București) și subsemnata, Șoimița-Anca Gherle C.J.R.A.E (Cluj). Suportul vizual-auditiv Hai să-l spunem pe R, A, M..., DVD, autor Șoimița-Anca Gherle, vine să completeze oferta pentru formarea unei dicții corecte a copilului preșcolar. Aceste mijloace de învățământ au fost prezentate și

avizate în cadrul Conferinței Naționale de Logopedie cu participare internațională, „Logopedia și logopedul în România. Legislație și Catagrafie”, desfășurată în București, în perioada 12-13 mai 2012.

În aplicarea experimentului, am pornit de la ipoteza că mecanismul de legare a sunetelor în silabe și cuvinte se însușește mai lesne și mai conștient prin efortul propriu al fiecărui elev, dacă se începe cu învățarea acelor sunete (și a literelor de tipar mari corespunzătoare) care se pronunță mai ușor și care se pot mult prelungi: A, Ă, Î-Â, E, I, O, U și apoi consoanele: M, T, S, P, R, C, N, D, F, Ș, G, L, B, J, Z, V, Ț, H, CE, CI, GE, GI. Consoanele care se aseamănă auditiv, vizual sau kinestezic sunt prezentate la o mare distanță. Astfel între M – N sunt alte cinci litere interpuse. La fel între B- D, C-G, C-T, L-R.

Prin această nouă ordine de predare-învățare a literelor se încearcă dezvoltarea auto-controlului auditiv de către copil și dezvoltarea conștiinței fonologice.

Urmând traiectul programei școlare de comunicare, mijloacele didactice amintite mai sus, oferite învățătoarei ca suport în acest experiment la clasa pregătitoare, abordează și o mulțime de teme care solicită copilului prin mijloace euristice să descopere

realitatea. Copilul poate aprofunda schema corporală, poate comunica despre culori, timp, vreme, fenomene ale naturii etc. Fiecare sunet recunoscut în imagini este gândit ca un program integrat de dezvoltare (sunet – literă - tema de comunicare), realizându-se astfel o trecere versatilă dinspre logopedie spre științe și arte (ca teme de comunicare).

Recomandăm ca și această propunere să fie luată în discuție. Din considerentul meu, al logopedului școlar, menționez că mulți elevi din clasa I prezintă dificultăți de învățare. Dificultățile de ordin auditiv sau spațio-temporal sunt integral repartizate la dislexici. La unii predomină confuziile auditive, alții au dificultăți de structurare. Se înțelege că cele două feluri de dificultăți reunite ajung să facă din învățarea citirii o așa încurcătură jos; stânga; sus; încât copilul se pierde complet. Considerăm, de asemenea, că abecedarul actual provoacă confuzii din cauza modului cum sunt prezentate literele. După M urmează N. La scurtă distanță de B se află D. Și exemplele pot continua.

Un cadru didactic care prezintă ordinea literelor propusă de noi va reuși să diminueze semnificativ dificultățile de învățare.

BIBLIOGRAFIE

1. ABBADIE, M., *Educație și cultură. Educație școlară în Europa*.
2. ARTEMOV, V.A., *Natura comunicativă a limbajului oral*, „Rev. de psihologie”, nr.4, 1962.
3. BERCA, ION, *Metodica predării limbii române*, ediția a III-a, E.D.P., București, 1971.
4. BLIDEANU, EUGEN, *Orientări noi în metodologia studierii limbii române la ciclul primar*, E.D.P., București, 1981.
5. BOȘCAIU, E., *Corectarea tulburărilor de vorbire*, „Rev. de Pedagogie”, nr.2, 1970.
6. IDEM, *Vorbire și mișcare*, „Rev. de Pedagogie”, nr.2, 1990.
7. CAROL, J.B., *Limbaj și gândire*, E.D.P., București, 1979.
8. CAZACU, SLAMA T., *Relații dintre gândire și limbaj în ontogeneză*, R.P.R., Ed. Acad., 1957.

9. IDEM, *Limba și context*, București, Ed. Științifică, 1959.
10. DRUȚIU, I., *Curs de prelucrare statistică a datelor*, Cluj-Napoca, Univ. Babeș-Bolyai.
11. FARCAȘ, *Patologia limbajului infantil. Probleme de defectologie*, vol. 10, București, E.D.P., 1980.
12. GOLU, PANTELIMON, *Școlarul din clasa I, față-n față cu solicitările procesului instructiv-educativ*, „Rev. de Pedagogie”, nr.6, 1987.
13. GRAUR, AL., *Lingvistica pe înțelesul tuturor*, București, Ed. Enciclopedică Română, 1972.
14. GUȚU, MATEI, *Curs de logopedie*, vol. 1, Cluj- Napoca, Univ. Babeș- Bolyai, 1975.
15. GUȚU, M. și T. COSMUȚA, *Structura acustică și semnificația fonematică a vocalelor limbii române în Probleme de defectologie*, vol.10, București, E.D.P., 1980.
16. HVATȚEV, *Defectele vorbirii la școlari*, E.D.P. de Stat, 1958.
17. IONESCU, M., RADU, I., *Didactica modernă*, Editura Dacia, 1995.
18. JURCĂU, N. și E., *Cum vorbesc copiii noștri*, Cluj-Napoca, Ed. Dacia, 1989.
19. IDEM, *Manualul practic de logopedie*, Ed. Dacia 1999.
20. JURCĂU, EMILIA, *Curs de logopedie*, manuscris.
21. KULCSAR, TIBERIU, *Factorii psihologici ai reușitei școlare*, E.D.P., București, 1978.
22. MODREA, M., *Activități convergente ale educatorilor și logopezilor școlari*, „Rev. de Pedagogie”, nr.5, 1988.
23. PĂUNESCU, C., *Dezvoltarea vorbirii copilului și tulburările ei*. București, E.D.P. de Stat, 1962.
24. IDEM, *Limba și intelect*, Ed. Științifică, 1973.
25. PIAJET, J., *Psihologia inteligenței*, București, Ed. Științifică, 1965.
26. PREDA, VASILE, *Elemente de psihopedagogia intervenției precoce*, Cluj-Napoca, Univ. Babeș- Bolyai, 1995.
27. ROȘCA, CHIRCEV, *Psihologia copilului*, București, E.D.P.,1960.
28. STAN, I., T., *Curs fonetică*, manuscris.
29. ȘCHIOPU, URSULA, *Curs de psihologia copilului*, E.D.P., București, 1963.
30. VERZA, E., *Conduita verbală a școlarilor mici*, E.D.P., București, 1973.
31. IDEM., *Dislalia și terapia ei*, E.D.P., București, 1977.
32. VERZA, EMIL și ȘCHIOPU, URSULA, *Psihologia vârstelor*, E.D.P., București,1981.
32. VRĂȘMAȘU, E., și STĂNICĂ, C., *Terapia tulburărilor de limbaj*, București, Secretariatul de Stat pentru handicapați, 1994.

7. DINAMICA RELAȚIEI DINTRE LOGOPED ȘI PĂRINȚI ÎN CADRUL ACTIVITĂȚII DE CORECTARE A TULBURĂRILOR DE LIMBAJ ȘI DE COMUNICARE

IULIANA IONICHI

TENDINȚE ACTUALE ÎN CAZUISTICĂ. MODUL DE ABORDARE AL PĂRINȚILOR FAȚĂ DE TULBURĂRILE DE COMUNICARE ȘI LIMBAJ ALE COPIILOR

În contextul actual, în care resursele de informare rapidă și de calitate oferită pe calea internetului și a rețelelor de socializare au crescut vertiginos, se constată o tendință de creștere a solicitărilor din partea părinților ai căror copii prezintă semne de întârziere în apariția limbajului expresiv. Părinții apelează la specialiști de la primele semne ale unei posibile tulburări de dezvoltare a limbajului.

Dacă acum 10 ani, 8 din 10 copii care se prezentau la cabinet cu tulburări de limbaj aveau vârste cuprinse între 4 și 6 ani și aveau în genere tulburări de pronunție din categoria dislaliilor simple sau complexe, în prezent 8 din 10 copii au vârste cuprinse între 2 și 4 ani și se prezintă cu absența limbajului expresiv sau cu un vocabular sărac, la care se adaugă deficitul de atenție, hiperactivitatea. Conform mărturisirilor părinților, aceștia au petrecut încă de la câteva luni cel puțin între 2 și 3 ore continuu în fața ecranului.

Paradoxul este că, în ciuda informațiilor și a resurselor informative prezente pe internet în număr impresionant, care insistă asupra efectului dăunător al ecranelor asupra copiilor, părinții sau bunicii fac această greșală în educație, tentați de beneficiul neprețuit de a avea copii liniștiți, care stau într-un

loc și nu îi deranjează în niciun mod atunci când desfășoară activități cotidiene. Bineînțeles, nu trebuie generalizat, însă această tristă realitate este scoasă în evidență de numărul crescând al părinților care, constatând întârzierile mari în dezvoltare, apelează totuși la ajutor de specialitate.

Fapt și mai îngrijorător este că o mare parte din acești copii ajung să dezvolte manifestări specifice autismului, precum absența interesului pentru comunicare, absența nevoii de socializare, întârziere în dezvoltarea cognitivă. Bineînțeles că diagnosticul diferențial al logopedului se va corela cu cel al medicului psihiatru, care va constata prezența sau absența unei tulburări propriu-zise. Unde se delimitează clar un diagnostic de spectru autist de unul de întârziere în dezvoltare, este foarte dificil de stabilit.

Felul în care va evolua cel mic în următoarele luni în urma intervenției terapeutice poate să arate mai bine profunzimea tulburării.

Un lucru este însă cel mai sigur. Intervine necesitatea unei echipe terapeutice pentru stimularea gândirii, în paralel cu intervenția logopedică. Și, alături de această intervenție terapeutică, trebuie să cooptăm și părinții în echipă.

În acest punct, putem să constatăm că părinții sunt de mai multe caractere, iar noi avem nevoie să înțelegem aceste caractere și să ne adaptăm cerințele și așteptările la acestea, pentru a beneficia în cea mai mare măsură posibil de sprijinul lor.

Din experiența personală din cadrul cabinetului, am constatat că cea mai mare parte dintre părinți pot fi o resursă și un sprijin pentru terapie, însă există și o categorie de părinți care nu numai că nu sprijină terapia, dar pot să pună piedici considerabile pe parcursul ei, fără a intenționa acest lucru.

NECESITATEA IMPLICĂRII FAMILIEI ÎN ACTIVITATEA LOGOPEDICĂ

În complexitatea sa, intervenția logopedică acționează asupra dezvoltării limbajului și a comunicării, producând modificări în toate palierele vieții persoanei beneficiare. De altfel, unul dintre obiective binecunoscute din programul de corectare a dislaliei este formulat în felul următor: să pronunțe corect fonemul.... în vorbirea curentă sau de zi cu zi. Ei bine, cunoaștem faptul că, o dată respectate principiile de intervenție, acest obiectiv va fi atins negreșit.

În terapia comportamentală, se folosește termenul de generalizare pentru a denumi însușirea unei deprinderi care se va manifesta în orice situație se va afla copilul.

Corelând obiectivele menționate din cele două arii de acțiune, și în logopedie se realizează această generalizare, efectele logopediei acționând în viața cotidiană a copilului: școală sau grădiniță, spații de joacă, întâlniri cu prietenii, activitate sportivă.

Pentru a putea evalua continuu modul în care copilul evoluează în afara cabinetului, logopedul este determinat să construiască o relație cu familia acestuia. Cei care petrec timp cu cel mic devin co-terapeuți și acest rol, care nu trebuie sub nicio formă să îl înlocuiască pe cel matern sau patern, poate avea o contribuție însemnată pentru asigurarea succesului intervenției logopedice.

PĂRINTELE-SPRIJIN VERSUS PĂRINTELE-PIEDICĂ

Aceste două caracteristici nu se referă strict la modul în care părintele se raportează la terapie. Modul în care părintele poate sprijini sau încurca intervenția logopedică are legătură cu stilul său parental: autoritar sau permisiv. Unui părinte autoritar sau critic i se va explica impactul negativ pe care îl are critica asupra unui copil cu tulburări de vorbire, a cărei imagine de sine este deja afectată și drept urmare i se va solicita să se concentreze pe tot ce este bun și să evidențieze doar acele aspecte. Părintelui permisiv i se va explica că o dată începută intervenția

logopedică, este necesar să îl corecteze și în mediul familial. Părintele permisiv care pune mai mult accent pe modul liber, lipsit de constrângeri, poate fi orientat în a realiza tema pentru acasă în unele din momentele în care firesc va petrece timp cu cel mic, la culcare, la baia de seară. O astfel de sugestie poate primi și părintele care este foarte ocupat cu activitatea profesională.

Există părinți care petrec foarte puțin timp cu cei mici și părinți care petrec tot timpul cu aceștia. În prima situație, sarcina temei logopedice poate rămâne în grija

adultului din familie care are grijă de copil în absența părinților. Părinții care petrec tot timpul cu cei mici trebuie să se rezume la anumite momente în care îl corectează pe micuț. Se va evita insistarea pe vorbirea corectă când cel mic are nevoi stringente sau când este mult prea obosit sau supărat.

Temele logopedice vor fi clare, bine structurate, respectând momentele unei activități logopedice și se vor baza pe acele foneme însușite deja corect în cadrul cabinetului. Ele pot fi notate pe un caiet de corespondență sau pot fi transmise sub formă de tutoriale video, înregistrări audio sau prezentări ppt.

Nu vom uita că părintele, prin repetarea elementelor (silabe, cuvinte, propoziții, poezii, povestioare) consolidează ceea ce logopedul a dobândit, apelând la tehnicile specific logopedice. Părintele nu va fi împovărat cu

sarcini specifice de tehnică și nici cu teme infinite. Dar, în cazul în care un fonem este încă pronunțat cu sprijin mecanic, oferit de instrumente logopedice, a căror folosire este mai simplă, putem să oferim părinților instrumentul respectiv pentru a continua acasă. Se pot sugera joculețe logice sau de socializare, citire după imagini, teatru de păpuși, în care să se corecteze anumite cuvinte care conțin fonemele de corectat.

Pentru ca părintele să fie o resursă pentru logopedie și nu o piedică ține atât de caracterul părintelui, cât și de abilitățile și experiența căpătată în timp de logoped pentru a gestiona implicarea familiei. O dată stabiliți termenii pentru realizarea temei, aceasta va fi consecventă, constantă și adaptată permanent progreselor copiilor aflați în terapie.

EXEMPLU

Tema pentru acasă

Nume: D. P.

Nr. ședinței: 3

Etapă terapeutică: Educarea auzului fonematic.

Consolidarea fonemului T

Fotbal cu biluța de folie de aluminiu – cu paie – 5 minute

Pronunțăm repede – T, T, T, T, T,.....T – până desfacem cele 10 degete

Spune după mine – cât mai repede (până desfac degetele)

TI-TI-TI-TI-TI-TI-TI-TI.....TI-TI-TI

TE-TE-TE-TE....-TE-TE-TE

TĂ-TĂ-TĂ-TĂ....-TĂ-TĂ

Poezioare (Acestea sunt de fapt niște frământări de limbă, care conțin doar sunete ce pot fi pronunțate cu ușurință de D. Se pot învăța și repeta cu un ritm din ce în ce mai rapid). Câte una pe zi.

Bum, bum, bum

Bate toba mare

Bum, bum, bum

Bate tare, tare.

Pic, pic, pic

Un pic mic

Pic, pic, pic

Pică pe batic.

Mac, mac, mac
Mac pe lac.
Mac godonac.

Toc-toc-toc
Oala e pe foc.
Tica-tica-tica
Mănâncă atâtica.

Un gândac tolomac
Urcă el în vârful de mac.

Bim-bam-bum
Cucu-bau acum
Bim-bam-cum
Uită-te acum.

Pit-pa-lac
În copac
Pit-pit-pit
Cade pit-pa-lac
În cap
Poc-poc-poc.

Cucurigu-Ghigu
Mă cheamă cucurigu.
Am mâncat covrigu.

Bidi-badi-bidi-badi-bidibum
Uită-te acum!

Tic-tac tic-tac
Uite-acolo
Un tic-tac.



8. SISTEMUL VESTIBULAR

PSIHOLOG, LOGOPED- GEANĂ CRISTINA

Deși este unanim acceptată existența celor cinci simțuri de bază – gust, miros, văz, auz și simțul tactil-, adevărul despre simțurile noastre este mult mai nuanțat. De fapt, încă din perioada intrauterină se dezvoltă primele simțuri: simțul vestibular, simțul tactil, și simțul proprioceptiv, alături de celelalte. În ultimii ani, se discută tot mai mult și de simțul interoceptiv.

Dacă despre gust, văz, miros, auz și pipăit primim cu toții o mulțime de informații încă din perioada grădiniței, despre celelalte simțuri mai puțin „discutate”, dar cel puțin la fel de importante, se știe destul de puține lucruri.

Terapia de integrare senzorială lucrează în principal cu cele trei simțuri de bază: tactilul, proprioceptivul și sistemul vestibular. Receptorii tactili înregistrează atingerea, presiunea, vibrațiile și temperatura obiectelor.

Simțul proprioceptiv ne învață, mai înainte de toate, despre schema corporală. Datorită simțului proprioceptiv, știm unde se află membrele corpului fără a fi nevoie să le privim tot timpul. De asemenea, acest simț ne „spune” câtă forță să punem când ținem un obiect, apăsăm, tragem sau îl ridicăm, ne ajută să nu ne lovim de mobilă sau de obiecte. Împreună cu sistemul vizual, cel proprioceptiv contribuie la menținerea posturii corporale.

Sistemul vestibular este direct implicat în funcționarea noastră zilnică, incluzând, dar nu reducându-se la următoarele: reglarea posturii corporale și a echilibrului, mișcare, coordonare, atenție, controlul impulsurilor și a comportamentului.

Cum arată un copil al cărui sistem vestibular nu funcționează optim și în armonie cu celelalte sisteme senzoriale?

Un copil al cărui sistem vestibular nu este perfect funcțional și în deplină armonie cu celelalte sisteme senzoriale poate avea rău de mașină, poate avea probleme în a se urca sau coborî de pe scară, reacționează exagerat la mișcări firești, nu îi place să alerge, să meargă cu bicicleta, să danseze, nu poate mânca singur în scăunelul de masă (din cauza fenomenului de insecuritate gravitațională), poate să nu îi placă să sară în trambulină sau să se dea în leagăn sau din contra, să îi placă atât de mult încât nu vrea să coboare, nu îi place să se deplaseze cu liftul, are probleme atunci când trebuie să schimbe poziția capului, este un copil static sau dimpotrivă, hiperactiv, anxios, poate părea opoziționist. Atunci când copilul nu se simte în siguranță deoarece adultul sau alți copii îi solicită acțiuni care implică diverse mișcări, se activează răspunsul de tipul luptă sau fugă, astfel că poate părea opoziționist, el fiind într-o luptă pentru a scăpa din ceea ce el percepe ca o situație periculoasă.

Deși este considerat al șaselea simț, simțul vestibular este primul care se dezvoltă în perioada intrauterină; mai precis, în luna a cincea gestațională, sistemul vestibular este bine dezvoltat, iar fătul dezvoltă cu rapiditate conexiuni neuronale între organele de simț și zone din creier asociate cu procesarea senzorială. Prin urmare, mișcările mamei din perioada sarcinii sunt înregistrate și de creierul bebelușului aflat în plină

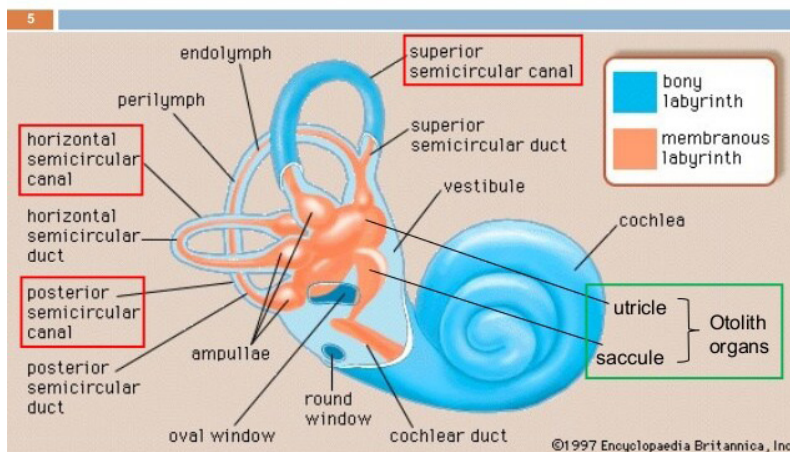
dezvoltare. Iar în situația în care mama trebuie să-și petreacă ultimele luni de sarcină în pat sau bebelușii sunt născuți prematur, accesul creierului aflat în plină expansiune la aceste prime stimulări sunt reduse. Or, cu toții știm că învățarea în primii doi ani din viața copilului se bazează pe experiențele senzoriale și motorii. Prin urmare, aceste circumstanțe pot întârzia dezvoltarea unor elemente importante care țin de dezvoltarea sistemului vestibular. Dar, odată ce sunt cunoscute aceste elemente, există posibilitatea recuperării deficitelor.

Sistemul vestibular este implicat (împreună cu analizatorul vizual, analizatorul tactil, analizatorul kinestezic și cerebelul), în menținerea posturii și echilibrului și oferă informații asupra poziției și mișcărilor corpului și capului în spațiu. Receptorii din vestibul detectează schimbări ale poziției capului și le transmite către regiuni din creier responsabile cu procesarea senzorială. Împreună cu celelalte sisteme, analizatorul vestibular

provoacă acțiuni compensatorii pentru a menține sau restabili echilibrul corpului.

Partea senzorială a sistemului vestibular se află în urechea internă, în cele două părți laterale ale corpului și este alcătuit din trei canale semicirculare care înregistrează mișcările de rotație ale capului (întoarcerea capului stânga-dreapta, mișcările sus-jos, balansarea capului stânga-dreapta) și două organe (utricula și sacula) care înregistrează accelerația liniară, forțele gravitaționale și mișcările de înclinare. Utricula este specializată în detectarea mișcărilor de accelerație pe plan orizontal, iar sacula este specializată în prelucrarea mișcărilor de accelerație pe plan vertical.

Sistemul vestibular implică o comunicare coordonată între aparatul vestibular (canalele semicirculare, sacula, utricula), mușchii oculari, mușchi posturali, trunchiul cerebral și cortexul cerebral. Aceste condiții contribuie masiv la funcționarea normală de-a lungul întregii zile a unei persoane.



FUNCȚIILE SISTEMULUI VESTIBULAR

Reflexul Vestibulo-Ocular

Împreună cu sistemul vizual, sistemul vestibular lucrează pentru menținerea unui reflex extrem de important, numit Reflexul Vestibulo-Ocular. Acest reflex ne ajută să ne putem fixa privirea pe obiectul de interes chiar și atunci când ne aflăm în mișcare;

astfel, canalele semicirculare trimit informații către creier și corectează mișcările ochilor în direcția opusă mișcării capului, trimițând semnale de excitație către neuronii motori din partea opusă rotației capului. Pentru a testa existența acestui reflex, fixați un obiect cu privirea și mișcați-vă capul

stânga/ dreapta/ sus/ jos și observați cum privirea rămâne focalizată pe obiect. Acesta este RVO în plină manifestare. Copiii care au dificultăți vestibulare, un RVO imatur poate însemna că el nu poate focaliza privirea pe nimic din câmpul lui vizual atunci când se află în mișcare.

La naștere, RVO este firesc să fie incomplet dezvoltat, însă dacă la vârsta de 10 luni, acest reflex nu este complet dezvoltat, acest fenomen este considerat ca fiind problematic și se recomandă terapia de integrare senzorială cu focus pe sistemul vestibular.

Reflexul Vestibulocolic

Neuronii din otoliți (aflați în utricula și sacula), controlează atât semnalele pentru controlul mișcărilor ochilor (Reflexul Vestibulo-Ocular), cât și semnalele pentru corectarea mișcărilor capului prin mușchii gâtului (Reflexul Vestibulocolic). Aceste două reflexe lucrează împreună pentru a îndeplini obiectivul focalizării ochilor pe obiectele din jurul nostru.

O altă funcție a sistemului vestibular este Reflexul Vestibulospinal. Acest reflex

determină apariția răspunsurilor automate în membre, cu scopul de a menține echilibrul. Acest reflex apare întâi în mâini și devine observabil atunci când copilul învață să stea în șezut și își plasează mâinile în față pentru a preveni căderea, în luna a șasea de viață. Pe la 7 luni, copilul trebuie să devină capabil să își pună mâinile pentru a preveni și căderile în lateral. Pe la 9 luni, copilul trebuie să devină capabil să plaseze mâinile în spate pentru a preveni căderile pe spate.

Atunci când acest reflex este complet dezvoltat, este momentul ca părinții să se relaxeze, știind că al lor copil este capabil să se apere în cazul diverselor căderi.

Apoi vine timpul membrelor inferioare să parcurgă pașii RVs. Atunci când învață să meargă, copilul dezvoltă strategii pentru a-și menține echilibrul în picioare, cum ar fi ridicarea degetelor de la picioare, mișcări din șolduri sau punerea de pași în încercarea de a-și restabili echilibrul, prevenind astfel căderea. La copiii cu întârziere în dezvoltarea motorie, aceste strategii rămân vizibile și la vârste înaintate.

CARE ESTE LEGĂTURA SISTEMULUI VESTIBULAR CU LOGOPEDIA?

Așa cum este explicat mai sus, sistemul vestibular detectează mișcarea, și este deci parte integrantă a dezvoltării și planificării motorii. Planificarea motorie se întâmplă atât la nivel grosier (trunchi, membre), cât și la nivelul mișcărilor de la nivelul buzelor, limbii, maxilarului, care sunt direct implicate în actul vorbirii. În plus, vestibulul se află în imediata vecinătate a cohleei, în urechea internă, prin urmare cele două se stimulează și se influențează reciproc, lăsând loc presupunerii conform căreia copiii cu probleme vestibulare ar putea avea tulburări de procesare auditivă.

Auzul este abilitatea persoanelor de a recepta sunete. Este unul dintre simțurile de bază, cu care ne naștem și prin urmare auzul nu poate fi învățat. Însă abilitatea de a auzi nu include neapărat și abilitatea de a înțelege ceea ce auzim. Aceasta este o abilitate care se dobândește pe măsură ce se integrează și senzațiile vestibulare.

Pe măsură ce copilul interacționează cu stimulii din mediu, învață să interpreteze sunetele auzite și dezvoltă abilități superioare de procesare auditivă. Printre acestea se numără discriminarea auditivă (diferențierea sunetelor), abilitatea de a diferenția sunetele

din prim-plan față de cele de pe fundal până la dobândirea limbajului, abilitatea de a folosi cuvinte, care sunt niște simboluri reprezentând obiecte sau idei.

Limbajul și vorbirea, deși sunt asemănătoare, nu reprezintă același lucru.

Limbajul este abilitatea de a folosi cu sens cuvinte și simboluri reprezentând obiecte sau idei.

Vorbirea se referă la producerea efectivă a sunetelor și cuvintelor. Abilitatea de a

vorbi depinde de funcționarea optimă a organelor implicate în emisia de sunete. Sistemul vestibular influențează controlul motor și planificarea motorie, care sunt necesare pentru a produce un limbaj inteligibil.

Pentru că sistemul vestibular este crucial în procesarea auditivă, copiii cu disfuncții la nivelul acestui sistem dezvoltă frecvent tulburări de limbaj.

AUTOSTIMULĂRILE COPILULUI NU SUNT MEREU CEEA CE PAR

Abordarea conform căreia autostimulările auditive (anumite sunete pe care copilul le emite repetitiv, lovirea repetată a unor obiecte pentru a auzi același sunet) sau cele vizuale (copilul privește obiectele căzând, privește caloriferul sau jaluzelele în timp ce merge pe lângă ele, privește pereții în colțul ochilor etc) trebuie „tratate” prin oferirea de diverși stimuli vizuali/ auditivi sau purtarea de căști în cazul autostimulărilor auditive și alte intervenții care se adresează acestor sisteme, poate fi eronată prin prisma faptului că aceste autostimulari pot fi de fapt expresia sistemului vestibular.

Care este explicația? Sistemul auditiv aflându-se lângă vestibul, emisiile verbale dau o vibrație care satisface nevoia sistemului vestibular de „mișcare”. Practic, așa primește aparatul vestibular senzații. Iar autostimulările care dinspre noi se percep a fi vizuale, de fapt reprezintă cerința sistemului vestibular de senzația de mișcare. Prin terapia de integrare senzorială, aceste autostimulări se abordează prin oferirea de senzații controlate care să se adreseze sistemului vestibular și nu vizualului sau auditivului.

Dat fiind că primii doi ani, copiii se afla în stadiul de dezvoltare senzorio-motor, pentru a le asigura o dezvoltare armonioasă și

pentru a putea învăța cu ușurință noțiunile la care va fi supus mai târziu, încă din primele zile de viață este bine să îi stimulăm pe copiii noștri pe toate sistemele senzoriale: să le cântăm, să dansăm cu ei în brațe, să le oferim diverse texturi la nivelul mâinilor și picioarelor, să le prezentăm diverse cărți cu imagini colorate, să îi provocăm să ridice capul cât mai frecvent și să ne urmărească cu privirea, să se rostogolească, să se împingă în mâini, să meargă în patrupezie, să urce și să coboare scările, să sărim în trambulină cu ei în brațe sau să îi încurajăm să sară singuri (în funcție de vârstă), să îi încurajăm să sară în scăunelul de sărituri, să îi încurajăm să se joace cu diverse texturi (apă cu făină, orez, mălai etc), să îi încurajăm să exploreze camerele din casă și să se joace cu apă, să scoată vasele din dulap (fiecare având textura, forma, culoarea, temperatura lui), să caute în sertare, acesta fiind un bun prilej de a le preda denumirile diverselor obiecte. Părinții trebuie să rețină că fiecare creier „știe” de ce anume are nevoie pentru a se dezvolta armonios, părinții trebuind doar să îi supravegheze pentru a evita diversele pericole în care s-ar putea afla. Prin urmare, toate activitățile pe care le fac cei mici trebuie privite ca fiind o expresie a dorinței creierului lor de a se dezvolta.

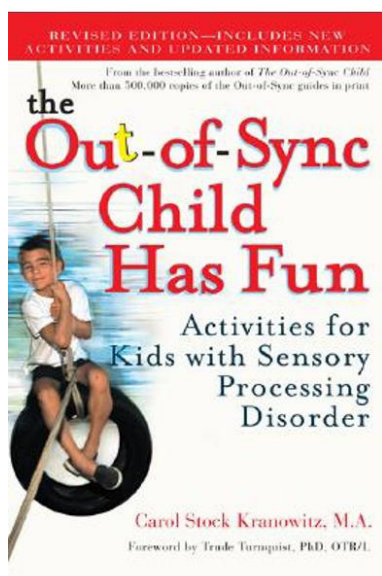
BIBLIOGRAFIE

Carol Stock Kranowitz – *Copilul desincronizat senzorial*

Carol Stock Kranowitz - *The out-of-sync child has fun*

Know Your Brain: Vestibular System (neuroscientificallychallenged.com)

Vestibular system: Anatomy, pathway and function | Kenhub



9. ROLUL AUTONOMIEI PERSONALE PENTRU INTEGRAREA ÎN COMUNITATE A COPIILOR CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ

ADRIANA MIHAELA ROTUNJANU, LOGOPED

Este cunoscut faptul că în zilele noastre, într-o societate aflată într-o schimbare și transformare continuă, preocuparea și interesul pentru individul deficient mintal se regăsesc în domenii extrem de variate și cunoscute, și sunt analizate din perspective tot mai diverse.

Segregarea în planul relațiilor sociale a apărut în timp, ca urmare a segregării educative. Pentru eliminarea segregării persoanelor cu cerințe speciale, țările cu sisteme sociale democratice au promovat pe plan internațional, printre prioritățile politicilor educaționale, asigurarea accesului la educație pentru toți copiii, în conformitate cu Declarația Drepturilor Copilului și cu principiul egalizării șanselor. Aceasta sublinia nevoia de deschidere a structurilor de educație pentru a fi în măsură să primească și să sprijine toți copiii. Școlile pentru toți sunt percepute ca școli ale comunității deschise, flexibile, democratice și inovatoare.

După absolvirea școlii, toți elevii, inclusiv cei cu cerințe educative speciale, trebuie să beneficieze de șansa de a participa activ la viața socială.

Cerințele speciale (nevoile speciale) sunt specifice persoanei cu dizabilități, determinate de existența unui anumit handicap, de natura acestuia și de gravitatea lui.

Cerințele educative speciale se referă la cerințele din planul educativ privind anumite categorii de persoane, cerințe consecutive unor disfuncții sau deficiențe de natură intelectuală, senzorială, psihomotrice, fiziologică

etc. sau unor condiții psihoafective, socioeconomice sau de altă natură (absența mediului familial, condiții de viață precare, anumite particularități ale personalității copilului etc.) care plasează elevul într-o stare de dificultate în raport cu ceilalți din jur; această stare nu-i permite o existență sau o valorificare în condiții normale a potențialului intelectual și aptitudinal de care dispune și induce un sentiment de inferioritate care accentuează condiția sa de persoană cu cerințe speciale; altfel spus, cerințele educative speciale solicită abordarea actului educațional pornind de la capacitățile elevului deficient sau aflat în dificultate de a înțelege și valorifica conținutul învățării și nu de pe poziția profesorului sau educatorului care desfășoară activitatea instructiv-educativă în condițiile unei clase de elevi mai mult sau mai puțin omogene. (Gherguț, A., 2005, *Sinteze de psihopedagogie specială*, Ed. Polirom, pag.356).

Depistarea copilului deficient mintal este un act complex, care cuprinde cel puțin două aspecte: 1 - cunoașterea și 2 - orientarea spre un specialist în vederea precizării diagnosticului (Arcan & Ciumăgeanu, 1980).

Deficiența mintală este înțeleasă ca o deficiență globală care influențează semnificativ adaptarea profesională, socială, gradul de competență și autonomie personală și socială, afectând întreaga personalitate. (Gherguț A, *Sinteze de psihopedagogie specială*, Ed. Polirom, 2005, p 108)

Unele cercuri de specialiști fac distincția între deficiența mintală și deficiența intelectuală. Deficiența mintală este caracterizată ca un mod de organizare și funcționare mintală, cu implicații directe în organizarea și structurarea personalității individului. Deficiența intelectuală desemnează incapacitatea individului de a face față unor sarcini cuprinse în actul învățării, ca o consecință a inadaptării acestor sarcini la specificul și potențialul real al copilului.

Deficiența mintală constituie o gamă variată a dizabilităților de evoluție și dezvoltare datorate patologiei de organizare și funcționare a unor structuri psihice, se deosebește de deficiența la nivelul intelectului, unde organizarea mintală este normală, iar individul nu poate depăși anumite limite de adaptare și învățare.

Grupa debilității mintale este extrem de eterogenă, poate cea mai eterogenă. Cunoaște două mari forme clinice: debilul armonnic, la care insuficiența intelectuală este primordială, și debilul dizarmonic, la care tulburările intelectuale sunt asociate cu cele afective.

Debilul armonnic se caracterizează prin ariea intelectuală simplă, posibil de compensat datorită calităților afective ca urmare a faptului că aceștia sunt docili, muncitori, pasivi, ascultători, adaptabili la condițiile sociale inferioare. Este educabil. Retardul intelectual este relativ armonios și se manifestă ca întârziere școlară cu dificultăți în activitatea de achiziție, fără însă a fi însoțite de tulburări de natură motrică sau socială. Prognosticul este favorabil dacă respectivul copil beneficiază de o educație specializată.

Școlarul cu deficiență mintală are capacitatea de a comunica cu cei din jur, dar manifestă o întârziere de 2–3 ani în perioada școlarizării. În general, prezintă tulburări de vorbire și are un vocabular redus. Tulburări importante se constată în activitatea de joc, de relaționare cu ceilalți copii, ceea ce scoate

la iveală și mai mult tulburările proceselor psihice și în mod deosebit ale proceselor cognitive superioare. La copiii cu deficiență mintală, percepția are un caracter fragmentar, incomplet, limitat, rigid, dezorganizat. Nu au capacitatea reconstituirii întregului pornind de la elementele componente. Îngustimea câmpului perceptiv afectează foarte mult orientarea în spațiu și capacitatea intuitivă de a stabili relații între obiectele din jur. Constanța percepției de formă și mărime se realizează într-un ritm foarte lent și cu multe dificultăți. Experiența cognitivă și limbajul implicat în precizarea reprezentărilor sunt slab dezvoltate și de aceea elevul cu deficiență mintală întâmpină dificultăți în reprezentarea spațiului, reproduce în desene cu greutate și inexactitate elementele spațiale, face o slabă diferențiere între reprezentări de aceeași categorie.

Druțu (2002) afirmă că rezolvarea problemelor de școlarizare, de pregătire profesională, de asistență medicală și socială generate de deficiența mintală presupune colaborarea dintre medici, psihologi, psihopedagogi speciali, juriști și asistenți sociali care, pentru finalizarea acțiunilor practice, au nevoie de o definire unitară a deficienței mintale, care să servească drept fundament teoretic în organizarea și derularea activităților de recuperare a deficientului mintal (apud Chelemen & Peter, 2010, p. 145).

Boala mintală este diferită de handicapul mintal, dar, din păcate, s-a făcut multă vreme – și încă se mai face – confuzie între ele. Spre deosebire de persoana cu deficiență mintală, o persoană bolnavă mintal poate avea o inteligență obișnuită sau chiar peste medie, dar, din diferite motive, conduita ei devine bizară (Vrășmaș, 2001, p. 247).

Rusu (1993) subliniază, de asemenea, că deficiența reprezintă orice dereglare de structură sau funcție psihologică, fiziologică sau anatomică, iar handicapul, în sens de dezavantaj, rezultă din imposibilitatea sau

incapacitatea de a răspunde așteptărilor sau normelor mediului specific al subiectului și se referă, îndeosebi, la dificultățile întâmpinate în îndeplinirea funcțiilor vitale esențiale: de orientare, de independență fizică, de mobilitate, de integrare socio-profesională și autonomie economică (apud Radu, 2002, p. 51).

Zazzo (1979) afirmă că debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mintale, insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta, insuficiență ai cărei factori determinanți sunt biologici și cu efect ireversibil în studiul actual al cunoștințelor (apud Carantină & Totolan, 2007, p. 102).

În opinia lui Radu (2000), deficiența mintală se referă la fenomenul lezării organice și/sau al afectării funcționale a sistemului nervos central, cu consecințe negative asupra procesului maturizării mintale, al dezvoltării sub diferite aspecte la individul în cauză (apud Chelemen & Peter, 2010, p. 150).

Deficiența mintală, una dintre disfuncțiile psihice majore, este o noțiune încă nedefinită cu precizie, implicând numeroase aspecte. În general, prin deficiență mintală se înțelege reducerea semnificativă a capacităților psihice care determină o serie de dereglări ale reacțiilor și mecanismelor de adaptare ale individului la condițiile în permanență schimbare ale mediului înconjurător, ceea ce plasează individul într-o situație de incapacitate și inferioritate (Gherguț, 2007, p.126).

Potrivit lui Păunescu (1976, p. 19), deficiența mintală este o maladie neevolutivă sau, în orice caz, rezultatul unei patogenii care determină o organizare anormală. Anormalitatea în cazul acesta nu este legată de norma de comportare, ci de legile de organizare a persoanei.

Cei mai mulți autori consideră că insuficiența intelectuală a copilului, nivelul său mintal redus reprezintă factorul definitoriu. De pe pozițiile acestor autori, celelalte

particularități ale personalității copilului deficient mintal au un caracter secundar, fiind determinate de deficitul intelectual considerat ca fiind fundamental (Arcan & Ciumăgeanu, 1980, p. 45)

Druțu (1995, p. 14) arată că deficiența mintală reprezintă „o insuficiență globală și un funcționament intelectual semnificativ inferior mediei, care se manifestă printr-o stagnare, încetinire sau o lipsă de achiziție în dezvoltare, determinate de factori etiologici – biologici și/sau de mediu – care acționează din momentul concepției până la încheierea maturizării și care au consecințe asupra comportamentului adaptiv” (apud Chelemen & Peter, 2010, p. 147).

Ionescu și Radu definesc deficiența mintală ca pe tipul de deficiență determinată de un complex de factori etiologici cu acțiune defavorabilă asupra creierului în perioada de maturizare a acestuia, având două consecințe principale:

- a) oprirea sau încetinirea ritmului de evoluție, îndeosebi a funcțiilor cognitive
- b) diminuarea competenței sociale. (Ionescu, 1975, p. 12).

În accepțiunea nord-americană: Deficiența mintală se referă la limitări substanțiale în funcționarea prezentă (a unei persoane). Ea este caracterizată prin funcționarea intelectuală, semnificativ sub medie, existând corelat cu două sau mai multe dintre următoarele capacități adaptative: comunicarea, autoservirea, deprinderile gospodărești și cele sociale, utilizarea serviciilor comunitare, orientarea în mediul înconjurător, sănătate și securitate personală, petrecerea timpului liber și munca etc. (Radu, 1999, p. 102).

Arcan și Ciumăgeanu (1980) consideră că evoluția gândirii și atitudinii față de deficiența mintală de-a lungul timpului poate fi sintetizată în următoarele etape:

- etapa consemnărilor sporadice a prezenței deficiențelor mintal în viața socială;

- etapa constituirii deficienței mintale ca problemă de cercetare, de investigare și terapie;

- etapa maturizării gândirii științifice prin aprofundarea și lărgirea problematicii deficiențelor mintale;

- etapa abordării interdisciplinare ca o modalitate nouă de investigare (apud Gherguț, 2007, p.130).

Analizând definițiile deficienței mintale, Vrășmaș (1996) descrie câteva caracteristici ale acesteia (apud Chelemen & Peter, 2010, pp. 150-151):

- dezvoltarea intelectuală este sub medie și duce la limitări ale individului în cauză;

- limitările se pot manifesta în mai multe domenii: comunicare, autoîngrijire, sănătate și securitate personală, timp liber, muncă;

- poate fi determinată de o serie de factori interni sau externi, ce pot acționa în orice moment al dezvoltării individului;

- influențează adaptarea individului la mediul socio-profesional și cultural, la cerințele în continuă schimbare a societății;

- deficiența este definită ca o dificultate fundamentală în învățarea și îndeplinirea anumitor deprinderi de viață cotidiană;

- capacitățile personale în care există o limitare substanțială sunt cele de conceptualizare, cele practice și de inteligență socială. Aceste trei arii sunt în mod particular afectate în deficiența mintală, în timp ce alte capacități (de ex. sănătatea, temperamentul) s-ar putea să nu fie;

- întârzierea mintală este caracterizată printr-o funcționare intelectuală semnificativ sub medie, coeficient de inteligență (Q.I.) de aproximativ 70-75 sau mai puțin, bazat pe o evaluare care cuprinde mai multe teste generale de inteligență administrate individual și care trebuie revizuite de către o echipă multidisciplinară și validate cu teste adiționale sau alte informații evaluative.

În țara noastră, o primă definiție a deficienței mintale o întâlnim la Roșca (1936), după care această categorie de „anormalitate” reprezintă o „stare de potențialitate restrânsă sau o oprire a dezvoltării cerebrale, în urma căreia persoana atinsă este incapabilă, la maturitate, să se adapteze la mediul său, la cerințele comunității, în așa fel încât să-și poată menține existența, fără supraveghere și sprijin extern” (apud Radu, 2002, p. 32).

În această definiție sunt, deja, prezente câteva din ideile formulate ceva mai târziu de către americanul Doll (1941) într-o definiție devenită, ulterior, foarte cunoscută. Conform acestei definiții, deficiența mintală reprezintă (apud Radu, 2002, p. 16):

- o stare de subnormalitate mintală;

- datorată unei opriri a dezvoltării;

- de origine constituțională;

- având un caracter, esențialmente, incurabil;

- concretizându-se într-o stare de incompetență socială;

- ce se constată la maturitate.

După Verza (1999), analiza categoriilor de copii cu deficiență intelectuală se realizează prin raportarea deficientului intelectual la (apud Chelemen & Peter, 2010, p. 152):

- copii normali, mai mici ca vârstă cronologică și de aceeași vârstă mentală;

- indivizi normali, de aceeași vârstă cronologică;

- copii normali, de aceeași vârstă mentală, și la indivizi de aceeași vârstă cronologică;

- indivizi normali, de aceeași vârstă mentală, indiferent de vârsta cronologică;

- alți deficienți mintali din aceleași categorii;

- alți copii cu dizabilități, diferite de cea de intelect.

În viziunea unor autori (Păunescu & Mușu, 1997, apud Gherguț, 2007, pp.

131-132), procesul de diagnostic presupune parcurgerea următoarelor etape:

- analiza simptomelor/ semnelor;
- sinteza simptomelor într-un sindrom sau o maladie (diagnosticul pozitiv);
- compararea și analiza sindromului în contextul datelor nosologice (diagnosticul diferențial);
- identificarea și cercetarea cauzelor (diagnosticul etiologic).

Ionescu (1975) afirma că: „dincolo de o anumită specificitate a populației de deficienți mintali, există diferențe individuale importante”. În momentul în care se dorește recuperarea acestei categorii de persoane, se pot lua în calcul caracteristicile comune, dar reușita va fi asigurată cu siguranță dacă vom ține cont de particularitățile individuale, de ceea ce-i diferențiază unii de alții (apud Chelemen & Peter, 2010, p. 152).

În opinia lui Gherguț (2005), de-a lungul timpului au existat o serie de clasificări ale deficienței mintale, majoritatea bazate pe valoarea coeficientului de inteligență IQ, care se calculează astfel: $IQ = VM / VC * 100$, unde VM = vârsta mintală, VC = vârsta cronologică. Cu alte cuvinte, coeficientul de inteligență exprimă raportul dintre două performanțe: performanța reală a subiectului (VM) și performanța așteptată în funcție de vârsta cronologică (VC) (apud Chelemen & Peter, 2010, p. 165).

Există mai multe tipuri de clasificări, dintre cele mai cunoscute sunt:

- Clasificarea OMS (Organizația Mondială a Sănătății);
- Clasificarea DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual, American Psychiatric Association, 1994);
- Clasificarea UNESCO (1983).

După Druțu (1995), clasificarea cea mai des întâlnită în lucrările de specialitate

(apud Chelemen & Peter, 2010, p. 166) este următoarea:

Deficiența mintală profundă sau gravă, IQ = 0-20

Deficiența mintală severă, IQ = 20-35/40

Deficiența mintală moderată, IQ = 35/40-50/55

Deficiența mintală ușoară, IQ = 50/55-70

Intellect liminar (de limită), IQ = 70/80.

Pentru copilul cu CES, formarea autonomiei personale și sociale este poate componenta esențială care asigură succesul procesului general al adaptării-integrării. De altfel, terapia, recuperarea, abilitarea și reabilitarea sunt implicate în toate programele de formare a acestei autonomii la elevul cu cerințe speciale.

Nivelurile de formare a autonomiei personale privesc componenta de autoservire și ulterior componenta de autonomie personală în mediul ambiant.

În mod teoretic și practic, obiectivele specifice aptitudinilor personale de autoservire sunt formate și consolidate începând din perioada antepreșcolară, în familie, de către părinți, asistenți maternali, asistenți personali etc. Astfel, se urmărește formarea unei capacități de autonomie prin cunoașterea mediului ambiant familial. Copilul are conduite de autoservire corectă dacă este învățat să folosească în mod adecvat obiecte de uz personal, obiecte de toaletă, îmbrăcăminte, veselă, jucării etc.

Treptat, el este deprins să cunoască acțiuni din regimul său zilnic (toaleta de dimineață, mesele principale, activitatea de joc, și mai târziu activitatea școlară, petrecerea timpului liber etc.). Pe același nivel al autoservirii, intră și formarea/exersarea unor deprinderi practic-gospodărești, la început prin joc și ulterior pe parcursul școlarității propriu-zise ca activități independente. Copiii pot fi deprinși de mici cu modul de păstrarea al curățeniei, le poate fi educat spiritul de

ordine și pot exersa deprinderi de igienă personală și păstrare a sănătății.

Se învață în contextul nivelului de autoservire și gesturile social utile de autoîngrijire, autogospodărire a spațiului ambiant (locuință, curte etc.).

Spre exemplu, dacă ne referim la una dintre componentele unui program structurat pe domeniul autoservirii personale, putem face referire în acest context la comportamentele de adaptare la condițiile de viață (autoservire) pe care le listează Constantin Păunescu în cartea sa *Copilul deficient mintal* - cunoașterea și educarea lui, comportamente posibile de dezvoltat prin învățare de către copiii cu deficiențe mintale moderate sau ușoare cu vârsta cuprinsă între 7 și 14 ani:

- Poate folosi cuțitul și furculița fără dificultate.

- Se poate servi singur la masă (știe să toarne lichide, știe să așeze masa, să taie pâine etc.).

- Are deprinderi civilizate: mănâncă frumos, curat, utilizează șervețelul.

- Poate face față la o invitație în altă parte decât în familie.

- Știe să se spele pe mâini înainte de masă.

- Știe să facă ordine după servirea mesei.

În ceea ce privește componenta de autonomie personală în mediul ambiant, copiii trebuie învățați să cunoască elemente distincte, definitorii și individuale privind familia, locuința, strada, cartierul, orașul/satul, cu alte cuvinte să identifice spațiul și mediul fizico-geografic și social. Copiii își vor cunoaște și identifica membrii propriei familii, vor diferenția între relațiile de rudenie sau își vor cunoaște poziția în familia restrânsă sau extinsă. Copiii vor cunoaște adresa, numărul de telefon și alte date de identificare personală a membrilor din familie (profesie, ocupații zilnice etc.).

Autonomia personală în mediul ambiant privește învățarea și exersarea unor relații pozitive social acceptate, în familie, norme de conviețuire și comportament, preluarea de modele comportamentale pozitive, în diverse contexte sociale.

Formarea și exersarea deprinderilor de a se orienta și deplasa corect în mediul ambiant (grădiniță, școală, stradă, deplasarea în spațiul social extins) este una dintre componentele esențiale ale formării autonomiei personale, începând din grădiniță și continuând pe parcursul școlarității. În acest context, copiii învață să cunoască și să folosească corect mijloacele de transport, să respecte reguli rutiere de circulație, să cunoască unele instituții publice și să stabilească unele relații interpersonale, de orientare în diferite situații și unități sociale. Autonomia socială pune bazele comportamentului social și socializării (înțeleasă ca abilitate a individului de adaptare la diverse situații/ contexte).

Câștigarea autonomiei personale și sociale a viitorului adult începe din primele luni de viață și primii chemați să pună bazele educației sunt părinții, familia. Familia are o mare contribuție la formarea personalității, iar părinții trebuie să fie conștienți ca sunt responsabili, că atitudinile și comportamentul lor vor fi copiate cu fidelitate de către copii. Prin influențele sale, familia constituie sinteza unei triple dependențe: dependență biologică: reprezentată prin încărcătura genetică proprie fiecărui individ; dependență socială: familia reprezintă primul mediu social; dependență educațională: în familie învață mersul, vorbirea, are loc contactul intuitiv cu realitatea. (Gherguț, A., Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluzive în educație, 2006, Ed. Polirom). Psihomotricitatea este definită ca o funcție complexă care integrează și conjugă aspecte motrice și psihice și care determină reglarea comportamentului individului. Ea include participarea diferitelor procese și

funcții psihice care asigură atât recepția informațiilor, cât și execuția adecvată a actului de răspuns.

Conținutul psihomotricității este bogat și variat. În sfera lui intră: cunoașterea schemei corporale; coordonarea dinamică (atât a corpului întreg, cât și a segmentelor sale); lateralitatea; coordonarea statică - echilibrarea; coordonarea perceptiv-motrică (percepția spațiului, ritmului și a mișcărilor proprii); rapiditatea și ideomotricitatea (ca sinteză dinamică a schemei corporale și a coordonării perceptiv- motrice cu sarcina motrică).

Dezvoltarea psihomotricității la copil prezintă o serie de caracteristici care stau la baza evaluării nivelului și calității dezvoltării la un moment dat, dar sunt premise și învățarea, formarea și dezvoltarea comportamentelor de autoservire și autoîngrijire. Activitatea motorie a deficienților mintali constituie un comportament care decurge din starea de maturare a sistemului nervos și din gradul de dezvoltare fizică. Deficienții mintali prezintă o întârziere în dezvoltarea somato-psihică globală . De aceea ei sunt într-o oarecare măsură și deficienți motor (Gherguț, A., Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluzive în educație, 2006, Ed. Polirom pag. 108).

Adaptarea reprezintă însăși condiția vieții, atunci când organismul se transformă în funcție de mediu. Adaptarea și în ceea ce privește viața psihică, cum organismul recurge la permanente schimburi cu mediul exterior pentru a menține echilibrul interior, tot așa sistemul psihic uman nu-și poate asigura unitatea internă și armonia cu exteriorul, decât dacă dovedește plasticitate comportamentală: pe de o parte sincronizare cu cerințele mediului, respectiv o modificare a comportamentului persoanei în funcție de exigentele mediului socio-cultural, iar pe de altă parte o transformare a condițiilor mediului în funcție de scopurile personale.

Ca urmare a unei motivații superficiale, capacitatea de autocontrol voluntar este redusă. Copiii cu deficiență mintală nu reușesc să se detașeze de factorii perturbatori și să-și propună scopuri, nu știu să ia hotărâri și nu-și finalizează activitatea, nu-și propun un plan de acțiune și nu știu să revină asupra lui, dacă s-a dovedit a fi inefficient. Motivația lor este extrinsecă și imediată, iar capacitatea de efort voluntar, conștient, este foarte scăzută. (Mușu, I., Terapie educațională integrată, 1997, Pro Humanitate, pag. 140).

Dezvoltarea autonomiei personale este scopul principal de realizat pentru dobândirea unei independențe sociale și integrarea în societate a copilului cu CES. Astfel, obiectivele specifice în cadrul dezvoltării comportamentului de socializare sunt: formarea deprinderilor de relaționare socială; stabilirea unor relații interpersonale corecte, diferențiate în funcție de vârstă, statut, situații concrete; formarea și exersarea deprinderilor de comportament în familie, grădiniță, școală, în diferite medii social; cunoașterea și respectarea normelor de bună conviețuire, a codului bunelor maniere; formarea și exersarea deprinderilor de comportare civilizată în mijloace de transport, instituții publice; formarea și exersarea unor comportamente adecvate și civilizate în ocazii speciale(în vizită, la biserică, zile onomastice, sărbători sociale, culturale) (Mușu, I., Terapie educațională integrată, 1997, Pro Humanitate, pag. 282).

Programele de intervenție sunt parte integrantă a programului complex integrativ de evoluție și dezvoltare a copiilor cu CES. Prin conținutul lor, aceste activități se referă predominant la aria de dezvoltare personală și socială, având ca scop final independența copilului precum și integrarea lui într-un mediu în continuă schimbare. Complexitatea soluțiilor educaționale asigură un curriculum deschis, bazat pe principiul normalizării fiind centrat pe copil.

Educația copilului cu deficiențe este abordată sub aspectele ei pozitive cu scopul valorificării optime a tuturor disponibilităților psihoindividuale, cât și a particularităților tipului și gradului de deficiență.

Terapia, recuperarea, abilitarea, reabilitarea sunt implicate în toate programele de formare a autonomiei personale și sociale a copiilor cu CES, inclusiv a elevilor cu deficiență mintală.

BIBLIOGRAFIE

- Arcan, P. & Ciumăgeanu, D. (1980). *Copilul deficient mintal*. Timișoara: Editura Facla;
- Chelemen, I. & Peter, K. (2010). *Deficiența mintală în Elemente de psihopedagogie specială*. Oradea, Editura Universității din Oradea, 2010;
- Carantină, I., D. & Totolan, M., D. (2007). *Psihopedagogie specială*. Constanța: Ovidius University Press;
- Dindelegan, M. (2006). *Elemente de psihopatologie și psihologie clinică*. Oradea: Editura Universității din Oradea;
- Gherguț, A. (2007). *Sinteze de psihopedagogie specială*. Ediția a II-a. Iași: Editura Polirom;
- Gherguț, A. (2006). *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluzive în educație*, București: Ed. Polirom.
- Ionescu, S. (1975). *Adaptarea socioprofesională a deficienților mintal*. București: Editura Academiei Republicii Socialiste Romania;
- Mușu, I. (1997). *Terapie educațională integrată*, Pro Humanitate,
- Manualul de Statistică și Diagnostic al Tulburărilor Mentale*, ediția a IV-a (DSM – IV, 1994);
- Păunescu, C. (1976). *Deficiența mintală și procesul învățării*. București: Editura Didactică și Pedagogică;
- Preda, V. (coord. 2007). *Elemente de psihopedagogie specială*. Cluj Napoca: Editura Eikon;
- Vrășmaș, T. (2001). *Învățământul integrat și/sau incluziv*. București: Editura Aramis;
- Radu, Gh. (2002). *Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal*. București: Editura Pro Humanitas.

10. INTERVIU CU MARIA PETREA, PROF. LOGOPED CJRAE BACĂU DESPRE LOGORICI



Reporter: Te-am ruga să ne împărtășești câte ceva despre nașterea site-ului Logorici.

MP: Logorici s-a născut din ideea de a împărtăși. Inițial, a fost doar o o pagină de Facebook, unde distribuiam materiale de specialitate. Pagina a apărut dintr-o lipsă acută de resurse logopedice (cred că ne amintim cu toții de modul în care realizam materiale pentru cabinet din cărți ilustrate, cu o foarfecă și lipici), așa că a devenit repede o comunitate foarte mare. Apoi, a venit ideea de a crea un site de logopedie doar cu materiale realizate personal. Din noiembrie 2007 până în prezent, am publicat 250 de articole pe Logorici, care au avut peste 2.100.000 de vizualizări, ceea ce mi se pare extraordinar pentru un blog de nișă. Din 2020, am introdus și abonamentele Logorici pentru cei care își doresc acces la conținut premium (materiale create doar pentru abonați). Este o parte a activității mele care mă motivează să continui și să creez resurse valoroase pentru logopezi și părinții copiilor cu logopatii.

R: De unde îți procuri imaginile ?

MP: Imaginile pe care le folosesc pentru ilustrarea materialelor sunt imagini de pe

site-uri care le oferă gratuit, inclusiv în scop comercial. Sunt atât de multe astfel de site-uri, încât găsesc întotdeauna ceea ce caut: imagini prietenoase, sugestive, cu rezoluție foarte bună. Am apelat la un ilustrator doar pentru imaginea siglei Logorici, realizată de Cătălin Nedelcu, căruia îi mulțumesc pe această cale.

R: Cum au primit colegii ideea ta ?

MP: Colegii au fost printre primii susținători și beneficiari ai site-ului. În 2007, erau puține pagini sau site-uri care ofereau materiale de logopedie, așa că a reprezentat și pentru colegi o sursă de inspirație, de care aveam cu toții nevoie în activitate, oricâți ani de experiență avem.

R: Cum îți găsești ideile pentru a crea fișe atât de utile ?

MP: Am mărturisit de multe ori: creez materialele Logorici în primul rând pentru mine, pentru copiii cu care lucrez și părinții acestora. Piața produselor logopedice este limitată în România. Sunt tulburări de limbaj pentru care găsești mai multe materiale, nu neapărat de specialitate, dar pe care le putem

adapta și noi în logopedie (de exemplu, pentru recuperarea scris-cititului sau a retardului de limbaj), dar sunt și tulburări de limbaj pentru care ai nevoie de materiale specifice (de exemplu, un joc logopedic pentru diferențierea sunetelor S – Ș).

R: Poți să ne spui câteva date despre experiența ta ca logoped?

MP: Profesez de 23 de ani în cadrul Centrului Logopedic Interșcolar Bacău. Anterior, la începutul carierei, am lucrat 2 ani în învățământul special, tot ca logoped.

R: Cum ți-ai desfășurat activitatea on-line în timpul pandemiei?

MP: Terapia logopedică on-line a fost o provocare și este o realitate cu care,

probabil, va trebui să ne obișnuim. Personal, nu m-a găsit nepregătită, tocmai pentru că aveam deja realizate foarte multe materiale care se pliază perfect pe lucrul la distanță. Există câteva limite ale terapiei on-line care fac uneori grea sau imposibilă aplicarea ei (calitatea sunetului, imaginii, a conexiunii la internet, competențele limitate ale copiilor sau părinților în utilizarea calculatorului, tipul și gravitatea tulburării de limbaj). Este foarte greu/ imposibil să faci terapie logopedică on-line cu un copil non-verbal sau cu un copil cu deficiență gravă mintală, dar terapia on-line a avut și părțile ei bune: o mai mare implicare a părinților, o mai bună comunicare cu copiii timizi, cu dificultăți de adaptare la mediul cabinetului.

<https://www.logorici.ro>

Prima pagină Prezentare Resurse ▾ Magazin Club Logorici ▾ Contul meu

Kit vocabular – Legume

👤 Maria Petrea 📅 Dezvoltarea limbajului 📅 16 octombrie 2022



„Kit vocabular – Legume” este un material care are ca obiectiv dezvoltarea vocabularului cu noțiuni din categoria „legume”. Materialul conține 28 de jetoane cu legume (imagini mari, clare, atractive) și poate fi utilizat ca suport vizual pentru copii cu vârste Read more...

Joc logopedic pentru dezvoltarea abilităților narative

👤 Maria Petrea 📅 Dezvoltarea limbajului 📅

11.CE ESTE DE FAPT INTELIGENȚA

MONICA BOLOCAN,
PSIHOLOG CLINICIAN, DOCTORAND UB

Monica Bolocan este doctorand UB, cadru didactic asociat UB, psiholog clinician, formare în metodă Feuerstein, formare în metodă Meixner

Deși vocabularul nostru obișnuit include un număr semnificativ de cuvinte prin care descriem o persoană cu abilități speciale sau cel puțin peste medie (ex: isteț, descurcăreț, deștept, inteligent, creativ, talentat etc), noțiunea de „inteligentă” are, din punct

de vedere științific, o definiție aparte. În general, când spunem despre cineva că este „inteligent” descriem o persoană cu foarte bune abilități analitice, o capacitate superioară de abstractizare și, nu de puține ori, cu performanțe academice înalte.

CUM ESTE DEFINITĂ INTELIGENȚA?

În abordările teoretice recente, specialiștii susțin că nu atât abilitățile analitice și cunoștințele academice specifice (ex: la matematică, fizică etc) sunt relevante, cât capacitatea generală a unui individ de a acumula și utiliza informațiile și experiență anterioară pentru a se adapta eficient la contexte și cerințe variate sau noi ale mediului extern. Într-un mod simplist spus, un om este inteligent atunci când este capabil să își modifice rapid comportamentul în funcție de schimbările din mediu și să găsească soluții eficiente la situațiile de viață de zi cu zi (practice, sociale și funcționale) cu care se confruntă.

Această nouă abordare teoretică a dus, la nivel internațional, la modificarea criteriilor de încadrare în grad de handicap. Astfel, dacă până nu demult, valoarea IQ (rezultatul la testele standardizate de inteligență) stabilea gradul de severitate al retardului mintal,

în ultimii câțiva ani această nu mai reprezintă un criteriu exclusiv. S-a adăugat măsură abilităților adaptative și funcționale ale unei persoane, denumită în cele mai uzitate chestionare de evaluare GAF (Global Assessment of Functioning) sau GAC (General Adaptive Composite) care măsoară abilitățile sociale, conceptuale și practice ale unei persoane. Practic, în prezent (inclusiv în România), încadrarea unei persoane (adult sau copil) într-un grad de handicap este determinată în primul rând de abilitățile sale adaptative și funcționale (scorul GAFS sau GAC), și nu numai de nivelul IQ cognitiv.

EXISTĂ MAI MULTE TIPURI DE INTELIGENȚĂ?

Conform unor cercetări recente, diferitele tipuri de inteligență (așa cum le-a definit, spre exemplu, Hovard Gardner, spre exemplu: lingvistică, muzicală, naturalistă, logică sau matematică, etc – în total nouă tipuri de inteligență) sunt de fapt rezultatul unui volum crescut al materiei cenușii în anumite zone ale creierului, responsabile de acele abilități. Ne naștem cu o anumită „arhitectură” cerebrală moștenită de la predecesorii noștri, așa că abilitățile lor speciale

– formate și prin experiențele de viață care le-au modelat creierul – ni se transmit și nouă. Talentul este o disponibilitate moștenită genetic și reflectă această arhitectură cerebrală specială a predecesorilor noștri. Numai existența unui talent anume (spre exemplu, muzical sau matematic) nu reflectă însă nivelul de inteligență generală al unei persoane, și nici abilitățile sale adaptative. Pentru a te descurca în viață este nevoie de mult mai mult.

CUM SE MĂSOARĂ IQ?

IQ-ul (Intelligence Quotient) este măsura inteligenței umane exprimată printr-un număr obținut prin aplicarea unui test standardizat, raportat la vârstă cronologică. Marea majoritate a oamenilor se situează undeva în jurul valorii de 100 (în intervalul 90 – 110), această fiind inteligență medie. Inteligență superioară începe de la valoarea de 120, iar de la 130 în sus vorbim despre supradotare cognitivă. În sens invers, un IQ de 75 – 85 exprimă un intelect „de limită”, sub valoarea de 70 fiind considerată existența unui deficit în funcționarea cognitivă.

Deși – conform definiției recente a inteligenței – valoarea IQ, așa cum este stabilită prin testele de inteligență, nu reflectă decât dimensiunea cognitivă (“academică”) a inteligenței unei persoane, această oferă, totuși, o predicție destul de bună asupra performanței academice și profesionale a persoanei evaluate.

Fiecare om se naște cu un potențial de inteligență moștenit genetic de la predecesorii săi. Această este inteligență nativă, denumită inteligență fluidă, și se măsoară prin teste de

intelență non-verbale care presupun operarea cu imagini și simboluri abstracte, fără utilizarea conceptelor verbale. Spre exemplu, completarea unor puzzle-uri, a unei serii de imagini sau de numere sau identificarea unui pattern (o structura logică) într-un ansamblu de elemente sunt activități care solicită acest tip de inteligență. Inteligență fluidă este poate cea mai importantă componentă a inteligenței totale, având o contribuție semnificativă în performanța generală a persoanei, și este destul de stabilă în timp.

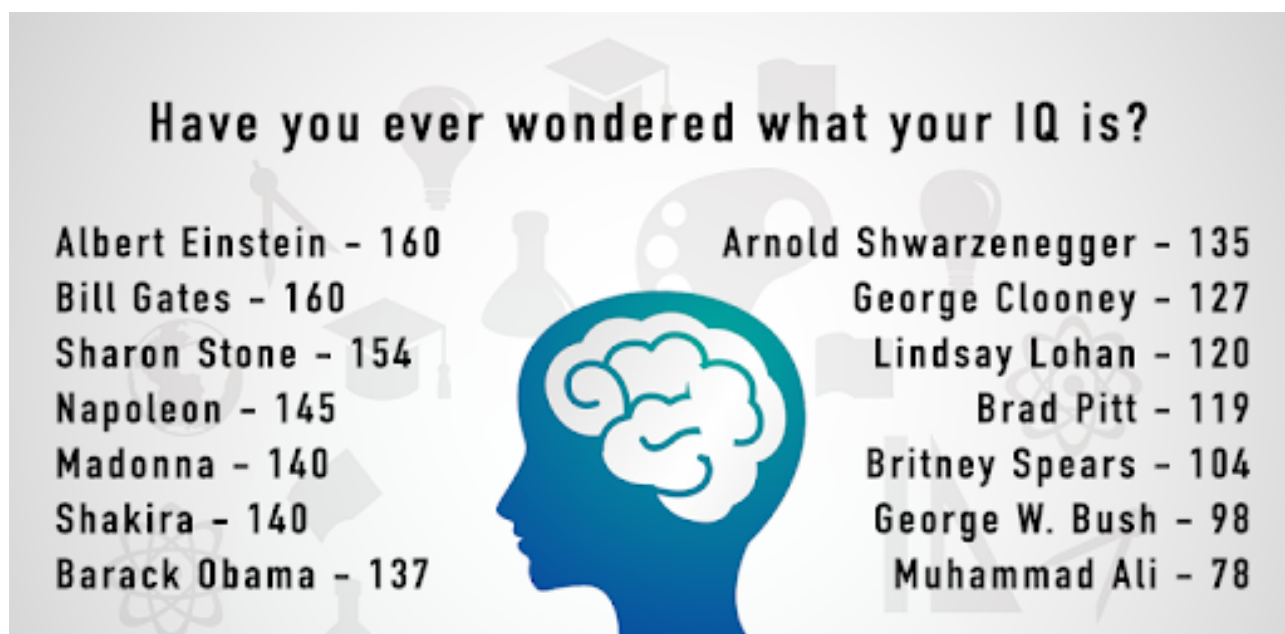
Deși este general agreeat că potențialul de inteligență al omului este moștenit genetic, influența factorilor de mediu este de asemenea importantă, putând fie diminua, fie crește potențialul înăscut. Astfel, expunerea la un mediu de viață bogat în experiențe variate în copilăria timpurie, dar și relaționarea socială au un rol major în dezvoltarea inteligenței. Inteligență câștigată prin educație, denumită inteligență cristalizată, este măsurată prin teste de inteligență care implică operarea cu concepte verbale, măsurând, spre exemplu, bogăția vocabularului unei persoane, capacitatea să de a înțelege

și utiliza cuvinte sau expresii cu grad crescut de abstractizare, de a face raționamente verbale dar și înțelegerea și reacționarea corectă la situațiile sociale, de „bun-simt”. În aprecierea corectă a inteligenței unei persoane, ambele componente – atât cea non-verbală, cât și cea verbală, sunt foarte importante.

Bateriile de inteligență standardizate (existente și în România) pot măsura IQ-ul începând cu vârstă de ~ 3 ani și până la vârstă de 90 de ani, dar o evaluare complexă și valoroasă a abilităților cognitive (atât verbale cât și non-verbale) poate fi făcută abia după vârstă de 6 ani. Pentru a putea lua decizii corecte în privința planului educațional al unui copil, este foarte important să fie

evaluate cele două componente majore ale inteligenței (abilități): cea non-verbală (inteligență fluidă, moștenită genetic) și cea verbală (inteligență cristalizată, câștigată prin educație).

În plus, scalele de eficiență cognitivă precum memoria de lucru și viteză de procesare mentală sunt alte două dimensiuni cognitive cu impact major asupra scorului total IQ. Astfel, deși un copil poate demonstra scoruri înalte la testele de abilități, valoarea totală a IQ-ului sau (performanță sa cognitivă efectivă) poate fi semnificativ diminuată de o eficiență cognitivă scăzută, precum deficitul de memorie de lucru sau de viteză de procesare mentală.



12. CENTRUL „MICUL VORBĂREȚ”

ELENA NEDELCU,
COORDONATOR, SPECIALIST ÎN EDUCAȚIE TIMPURIE

Cum a ajuns un logoped pasionat de dezvoltarea vorbirii celor mici să aducă pe piață zeci de materiale și jocuri care ajută copiii să vorbească frumos și corect?

De la o afacere pornită într-un apartament cu 2 camere, la un magazin fizic într-o casă fermecătoare, cu grădină cochetă, din Oradea. Jucării Vorbărețe este un brand care de 11 ani pariază pe materiale, jucării și cărți educative pentru copii - și care a demonstrat iar și iar că cea mai înțeleaptă metodă de învățare pentru cei mici este... joaca. Materialele lor de logopedie, concepute de o echipă de logopezi și psihologi, oferă de peste un deceniu soluții părinților și specialiștilor care vor să-i ajute pe copii să vorbească fără efort și să pronunțe corect.

Brandul Jucării Vorbărețe a pornit în 2011 de la ideea fondatoarei, logoped Laura Hărdălău, care povestește că la începutul carierei sale s-a confruntat cu o provocare neașteptată: „În primul an, în calitate de logoped, am căutat materiale pe care să le folosesc în cabinetul de logopedie cu copiii.

Nu am găsit decât puține, și acelea doar cărți teoretice cu puține informații practice”, își amintește Laura Hărdălău.

„Am început să-mi confecționez eu materiale logopedice și am început să-mi notez strategiile care funcționau în corectarea sunetelor. Încercam să-mi notez jocurile logopedice care erau amuzante și funcționau la mai mulți copii. Toate aceste informații din activitatea mea practică le-am pus într-o carte numită Logopedie prin jocuri și exerciții și am fost uimită să văd cât de bine a fost primită. După succesul primei cărți au urmat altele, jocuri logopedice, dar și cărți și jocuri pentru dezvoltarea emoțională a copiilor”, povestește Laura Hărdălău, care astăzi gestionează magazinul online și offline Jucării Vorbărețe din Oradea și selectează atent cărțile, jucăriile educative și materialele logopedice din stoc.

CE ÎNSEAMNĂ JUCĂRII VORBĂREȚE?

Denumirea „Jucării Vorbărețe” este un joc de cuvinte care simbolizează o colecție de materiale ce ajută copilul să-și corecteze vorbirea. „Încet-încet, am început să selectăm și să recomandăm materiale educative valoroase de la alți logopezi, psihologi și edituri”, povestește Laura Hărdălău. „În momentul de față, avem o varietate de materiale, cărți și jocuri de logopedie, dar și educative. Acestea pot fi folosite de către părinți, profesori sau în cabinetele de logopedie”.

Se numește „Jucării Vorbărețe”, dar echipa din spatele acestui brand a știut de la bun început că n-a intrat în joacă pe piața produselor educative pentru copii. Au crescut de la an la an, materialele lor au fost prezente în mai multe ediții ale Târgului de carte Gaudeamus, iar sediul lor a găzduit, de-a lungul timpului, diferite ateliere pentru copii care au avut ca obiective corectarea pronunției și dezvoltarea emoțională a acestora.

„Suntem tare mândri de faptul că brandul Jucării Vorbărețe s-a dezvoltat în fiecare

an tot mai mult. Am pornit în 2011 într-un apartament cu 2 camere, iar acum, 11 ani mai târziu, ne desfășurăm activitatea într-un spațiu de 200 de metri pătrați”, povestește Laura Hărdălău. „Deși am trecut prin multe provocări în acești ani, ne bucurăm că le-am depășit pe toate cu brio. Cel mai mult însă, ne bucurăm de aprecierea clienților noștri și de faptul că le putem fi aproape pentru educația viitoarelor generații!”

https://jucarii-vorbarete.ro

jucarii-vorbarete.ro

jucariivorbarete@gmail.com Tel: 0770.27.33.61

Cauta Produse

→ Contul meu → Cos

Magazin Promotii Noutati Blog Materiale Gratuite Colectia "Jucarii Vorbarete" Lichidare de stoc Abonare la Noutati si Promotii Contact

Colectia "Jucarii Vorbarete"

Cadouri de Sarbatori

Intarziere in dezvoltarea vorbirii

Adaptarea la gradinita si scoala

Povesti terapeutice

Furia la copii

Agresivitatea la copii

Materiale Stop Bullying

Colectia Montessori

Inteligenta emotionala

Jocuri educative

Jucarii de lemn

Materiale de logopedie

Materiale pentru consiliere copii

Materiale Didactice Scoala

Materiale Didactice Gradinita

Carti de Logopedie si Psihologie

Editura Gama

Editura DPH

Carti Editura Aquila

până la
-40% la materiale
STOP BULLYING
16-31 octombrie

JOCUL EMOTIILOR
N-ai ce căuta aici!
100
Bullying
DOLTO
Povestea lui Emotie

0-2 ani 2-4 ani 4-6 ani 6-8 ani 8-10 ani 10+ ani

13. TEHNICI DE TERAPIE COMPORTAMENTALĂ APLICATE ÎN SUPRASELECTIVITATEA ALIMENTARĂ LA COPILUL CU AUTISM

MIRCEA-ANGHELUȚĂ NICOLETA,
PSIHOPEDAGOG - LOGOPED

Tulburarea de spectru autist (TSA) este o tulburare de neurodezvoltare cu o incidență crescută în ultimii ani, afectând: calitatea interacțiunii sociale, calitatea comunicării și comportamentele care sunt stereotipe, repetitive, nefuncționale (DSM-5, 2016). Dificultăți în procesarea senzorială sunt, de asemenea, extrem de frecvente. În 2016, cercetările din SUA arată că în această țară tulburările de spectru autist afectează aproximativ unul din 44 de copii de până în vârsta de 8 ani (CDC, 2021).

Tulburarea de spectru autist poate include o gamă variată de manifestări, dar care se distribuie între două extreme. La una dintre extreme, vorbim despre un copil care pare normal și poate avea puține trăsături autiste (este extrem de liniștit în clasă, cu niciun prieten sau foarte puțini prieteni și care poate să aibă câteva obiceiuri ciudate; diagnosticul de autism îl poate primi mult mai târziu în viață). La cealaltă extremă, un

copil poate prezenta simptomele autismului într-o formă pregnantă, cu foarte mari dificultăți în relaționarea și comunicarea cu cei din jur. Fiecare copil este unic prin modul lui de a fi, de aceea unele persoane pot avea simptome, inclusiv probleme de alimentație, pe care altele nu le au, iar unele simptome pot avea, la aceeași persoană, intensități diferite. Copiii cu autism care prezintă probleme de alimentație sunt descriși ca fiind pretențioși sau selectivi atunci când le este analizat comportamentul alimentar. Suprasedectivitatea alimentară se referă atât la textura, culoarea, modul de prezentare și forma produsului alimentar, cât și la marca și ambalajul său. Tehnicile de terapie comportamentală aplicate sunt dificil de implementat de terapeut și de familia copilului deoarece sunt aversive pentru acesta și necesită o supraveghere adecvată din partea coordonatorului de caz.

1. INTRODUCERE

Tema articolului a fost aleasă având în vedere atât impactul asupra aparținătorilor copilului diagnosticat cu autism care prezintă selectivitate alimentară, cât și implicarea mea activă, din ultimii ani, în aplicarea acestor tipuri de tehnici deoarece în familia mea există un copil cu autism care prezenta suprasedectivitate alimentară. După doi ani

jumătate de la aplicarea intervenției, folosind tehnici din terapia comportamentală, nu mai prezintă această tulburare alimentară.

Lucrarea de față își propune să arate cum tehnicile terapiei comportamentale aplicate ajută la diminuarea și, în majoritatea cazurilor, la eliminarea suprasedectivității alimentare la copilul cu autism având în

vedere că „jumătate din cazurile cu probleme de alimentație se datorează comportamentului alimentar al părinților și mediului familial” (Petre, 2017, p.29). Cu cât timpul trece și copilul înaintează în vârstă, simptomele prezente în această tulburare se amplifică. De aceea intervenția timpurie are cele mai bune rezultate cu impact pe termen lung.

Supraselectivitatea alimentară se referă la refuzul copiilor cu autism de a mânca anumite alimente și de a accepta o gamă restrânsă de produse (maxim 5 alimente), de aport excesiv și selectiv de anumite categorii de alimente, în special carbohidrații (Cermak, Curtin, & Bandini, 2010). De exemplu, copilul vrea să mănânce doar alimentele roșii sau doar pe cele verzi, doar chipsuri de un anumit fel, de un anumit gust, doar în farfurie roșie sau farfurie cu personajul Disney preferat. Numeroase studii invocă faptul că la persoanele cu autism stimulii senzoriali, ca de exemplu: mirosul, textură, culoarea, temperatura, zgomotul, pot contribui la supraselectivitatea alimentară deoarece filtrele din creier care reglează acești stimuli sunt neregulate. Prin urmare, o persoană cu autism poate avea un sistem senzorial hiposensibil (unul sau mai multe dintre sistemele sale senzoriale sunt subdezvoltate) și de aceea va căuta stimularea senzorială. Alt copil poate avea un sistem senzorial hipersensibil (supradezvoltat) și va căuta să respingă mereu stimularea senzorială. Copilul cu hiporeactivitate preferă un număr limitat de culori în farfurie, consumă mereu aceleași alimente, mirosurile puternice îi provoacă dezgust, zgomotul îl afectează etc.; în schimb, copilul cu hiperactivitate prezintă indiferență la zgomot, nu distinge foarte bine gustul, manifestă o lipsă de interes pentru alimente etc..

În cazul copilului cu autism, de cele mai multe ori părintele îi întărește sau chiar îi provoacă această tulburare alimentară. Un exemplu ar fi evitarea sau stoparea

comportamentelor indezirabile și tantrurilor prin ușurarea accesului la singurul sau singurele alimente acceptate de copil, de exemplu, copilul consumă doar biscuiți, acesta face o scenă în fața părintelui și obține biscuiții. Pe termen lung, dacă alimentația nu este variată copilul nu poate să-și ia suficiente vitamine și proteine necesare unei dezvoltări normale fizice și psihice.

De multe ori, la copilul cu autism supraselectivitatea este acompaniată de regurgitare și reamestecarea alimentelor din stomac sau de vomă. În cazul acestor copii, regurgitarea este un comportament alimentar de sine stătător, apărând de multe ori ca formă de protest în timpul intervenției comportamentale. Dintre cauzele biologice pentru regurgitare sunt hipersenzitivitate senzorială (miros, gust, textură) sau perceperea alimentelor la nivelul stomacului (Petre, 2017).

Factorii de mediu joacă un rol important în dezvoltarea și menținerea refuzului alimentelor. De exemplu, refuzul alimentelor poate duce la întărire pozitivă sub formă atenției primite de la părinte, precum mustrarea verbală. Întărirea negativă, sub formă neterminării din farfurie a unui bucăți din alimentul nepreferat de copil, poate menține refuzul respectivului aliment. Mai multe tehnici de terapie comportamentală bazate pe principiile întăririi pozitive și negative au fost descrise în studiul din 1980 de Riordan, Iwata, Wohl, și Finney în 1980, cât și în 1998 de Freeman și Piazza.



2. STUDIU DE CAZ

Ștefan este un tânăr în vârstă de 22 de ani, diagnosticat cu autism înalt funcțional. Locuiește cu mama și cu fratele său mai mic, cât și cu tatăl și cu soția acestuia, părinții fiind divorțați. Când a început intervenția pentru alimente avea 17 ani și făcea ABA de opt luni. Din istoric, reiese că a avut o dezvoltare motorie în limite normale, cu unele întârzieri în dezvoltarea psihică, dar cu achiziții de limbaj până în jurul vârstei de doi ani. În jurul acestei vârste, din afirmațiile tatălui reiese că s-a instalat un regres, după un scurt timp de separare de părinții săi. Aceste informații sunt dificil de interpretat întrucât nu avem o evaluare a dezvoltării efectuată de un specialist în acea perioadă. Imaginea de sine era scăzută și avea inițiativă doar dacă se simțea amenințat sau dacă cunoștea activitatea. Prezenta dificultăți în a face aprecieri pozitive despre sine. Răspundea repede la întrebări legate de nume, vârstă, preferințe alimentare și activități pe care le cunoștea, în rest răspunsurile erau izolate sau promptate. Din cauza lipsei spontaneității limbajului expresiv, nu putea face aprecieri simple despre alte persoane și despre sine. Recunoștea receptiv și expresiv emoțiile de bază (exemplu: vesel, trist, nervos). Nu prezenta dificultăți în a identifica emoțiile pe baza situațiilor ce le produce „sunt fericit când mă joc”, „sunt supărat pentru că m-am lovit”, exprimându-le verbal. Existau stereotipii gestuale și vocale pe care le putea controla dacă era promptat. Alimentația era selectivă, maxim 20 de alimente (cartofi prăjiți, șnițel preparat de familie, roșie servită doar în familie, banană, un anumit tip de chiflă, chipsuri Chio cu sare, prăjitura Barni cu căpșuni, omletă preparată doar de membrii familiei, supă cu tăieței făcută doar de bunică, orez cu pește preparate doar de bunică, stick-uri Chio cu sare, alune Felix, ciocolată cu lapte Milka, M&M, jeleur ursuleți Haribo, friptura de vită/ porc, pulpe/ aripioare de pui

preparate atât de familie cât și de o terță persoană (restaurant), suc de portocale Rauch Yippy, apă minerală și apă plată). Prefera să mănânce de la Mc Donald's doar meniul cu cinci aripioare cu cartofi prăjiți și apă minerală. La restaurant mereu mânca doar friptură sau grătar cu cartofi prăjiți și apă minerală, preferând carnea de pui. Era încântat să mănânce și putea să consume des și în gramaj mare următoarele alimente: meniul cu cinci aripioare de la Mc Donald's, cartofii prăjiți, chipsuri Chio cu sare, prăjitura Barni cu căpșuni și sucul de portocale Rauch Yippy. Interese specifice erau: desenul și personajele Disney.

Înainte de implementarea intervenției alimentare, am realizat o analiză a cauzelor și funcțiilor comportamentelor alimentare (Petre, 2017). Trebuia să înțeleg de ce acesta refuza alte alimente și de ce prefera doar alimentele enumerate mai sus. Mai întâi, am eliminat o parte din problemele biologice și am observat că Ștefan nu putea să mănânce alimentele cu textură moale. În prezent le poate mânca, dar doar după ce am intervenit cu exerciții făcute zilnic pentru aparatul fonoarticulator (după aproximativ patru luni de când le-a început) și au fost ultimele alimente acceptate în alimentarea sa (după doi ani de la începerea intervenției).

Din analiza adolescentului și a părintelui, respectiv a tatălui, am observat și mi-am notat comportamentul alimentar al lui Ștefan în mediul său natural, acasă. De asemenea, am analizat ceea ce mănâncă, după cum urmează:

1) mănâncă sărat, dulce, acru, picant - prin urmare nu este vorba de gust;

2) mănâncă alimente tari, nu mănâncă alimente moi - poate fi vorba de textură;

3) nu mănâncă și nu bea anumite alimente decât din ambalajul cu care se comercializează produsul;

4) anumite alimente refuză să le consume în alt mediu decât cel familiar, exemplu: roșia, șnițel sau alimente preparate doar de o anumită persoană din familie;

5) nu combină alimentele, mănâncă câte un aliment pe rând și mereu în aceeași ordine și în cantități egale, de exemplu: cartofi prăjiți + șnițel + roșie feliată + chiflă; mai întâi își numără cartofii din farfurie, apoi își numără bucățile de șnițel și feliile de roșie, după care ia pe rând și mănâncă același număr de cartofi, după ce înghite ia o bucată de șnițel pe care o mestecă și o înghite, apoi roșie și la final o bucată de chiflă din care alege doar miezul (foarte rar mănâncă coaja pentru că are mereu două chifle și a învățat de câte bucăți de miez are nevoie);

6) apa minerală sau plată bea din orice recipient, dar nu își ia singur; știe că un membru din familie îi toarnă în pahar și îi spune când trebuie să bea; în schimb, sucul de portocale îl bea cu paiul doar din ambalaj;

7) știe să folosească furculița și cuțitul. Poate mânca din orice farfurie.

După realizarea analizei funcționale, după comportamentul adolescentului și al părinților/ familiei am ajuns la concluzia că Ștefan are o supraselectivitate combinată de brand/marcă, miros, textură și tactilă. Prin urmare, Ștefan s-a obișnuit, de exemplu, cu: chipsurile Chio cu gust de sare și nu vrea să încerce altă aromă; sucul Rauch Yippy cu paiul direct din ambalaj și nu vrea să încerce alt sortiment. Am observat că acasă Ștefan avea pregătite toate alimentele pe care le accepta și nici nu mai era întrebat dacă dorește să încerce un produs nou, prin urmare familia renunțase să mai încerce să schimbe comportamentul alimentar adolescentului cu toate că, din discuția cu ei, își doreau ca acesta să poată mânca diversificat. În trecut, au încercat să-i diversifice alimentația, dar acesta manifesta un comportament opoziționist - agresiv, astfel că au renunțat.

INTERVENȚIE

În urma analizei funcționale, s-a stabilit ca Ștefan să fie supus în același timp mai multor metode de intervenție deoarece am dorit să-i oferim adolescentului oportunitatea de a avea contact tactil, de a vedea, mirosi, de a se juca cu tot felul de alimente în diferite situații, după cum urmează:

- s-a făcut desensibilizarea clasică în sesiuni de terapie ABA unu la unu, responsabil terapeutul cinci zile pe săptămână, intervenția fiind o dată în terapia zilnică;

- implicarea copilului în pregătirea mesei s-a făcut în familie. Am instruit tatăl ca de câte ori face mâncare să-l implice și pe el, de exemplu, pizza - să ungă tava cu ulei, să întindă blatul de pizza, să radă parmezan, să pună ingredientele (salam, cașcaval, ciuperci etc). Nu s-a insistat ca Ștefan să mănânce, doar s-a dorit ca el să ia contact cu alimentele și totul să se desfășoare în joacă. În acest mod, adolescentul a învățat să le denumească, să le mânuiască și i-a scăzut stresul și reacția la ideea că trebuie să le simtă gustul și că trebuie să le mănânce. Aceasta reprezintă o fază importantă a desensibilizării alimentare prin activități plăcute și noninvazive. Prin urmare, pregătirea mesei prin joc i-a dezvoltat desensibilizarea tactilă și olfactivă (atingerea și mirosirea diferitelor alimente). Nu trebuia să mănânce produsul preparat, dar foarte repede a dorit să-l guste. În prezent, consumă orice aliment, dar preferă mâncarea preparată de el;

- participarea la petreceri, zile de naștere și mâncatul în grup social cu copiii de la Centrul unde face zilnic terapia ABA. Această intervenție a fost cel mai greu de implementat pentru că refuza să relaționeze cu alți copii și prezenta un comportament opoziționist;

- intervenția în locuri publice, mai întâi la Mc Donald's (locul său preferat) unde s-au introdus treptat noi alimente pe care le-a acceptat mai repede pentru că avea un întăritor puternic, meniul cu cinci aripioare. Ulterior,

s-a mers la KFS, restaurante diferite, cofetărie etc;

- intervenția pe ambalaj, chipsurile au fost scoase din pungă și puse într-un castron. Ulterior, în castronul cu chipsurile preferate s-au amestecat și alte arome de chipsuri, prima dată s-a păstrat același brand/ marcă, ulterior s-au amestecat și mărcile. În felul acesta am realizat mai ușor și diversificarea gustului;

- cantitatea de aliment nou a fost întotdeauna în gramaj mic. Până a acceptat să mănânce un nou aliment, am parcurs cei 12 pași ierarhici descriși de Tanner și Andreone (2015), respectiv:

1. să accepte alimentul nou în sala de terapie;
2. să accepte alimentul nou pe masa de terapie;
3. să accepte alimentul nou în diferite medii;
4. să atingă alimentul nou și să-l pună înapoi pe farfurie;
5. să miroasă alimentul nou și să-l pună înapoi pe farfurie;
6. să ducă alimentul nou la gură până când îl va atinge cu buzele și să-l pună înapoi pe farfurie;
7. să atingă alimentul nou cu limba și să-l pună înapoi pe farfurie;
8. să atingă alimentul nou cu limba de cinci ori și să-l pună înapoi pe farfurie;
9. să muște o dată din alimentul nou și să-l pună înapoi pe farfurie;
10. să mestecă alimentul nou de cinci ori și să-l pună înapoi pe farfurie;
11. să mănânce o mică bucată din noul aliment;
12. să mănânce o bucată întreagă din noul aliment.

La începutul intervenției, recompensa aleasă de el a fost alimentară și mereu am păstrat produsele preferate doar pentru intervenția alimentară. Ștefan a înțeles repede că

el poate să aleagă să nu încerce produsul nou, dar atunci întăritorul alimentar era aruncat împreună cu alimentul nou la gunoi. El arunca la gunoi. În acest caz, a avut succes aruncarea de către adolescent a întăritorului preferat la gunoi. Acest fapt l-a făcut să cedeze după maxim cinci zile de intervenție și să treacă mai repede peste pașii descriși de Tanner și Andreone (2015), el trecând direct la pasul 8, în care atinge cu limba alimentul de cinci ori și după o săptămână de la intervenție deja ajunsese la pasul 11, în care mănca o mică cantitate din alimentul nou.

După aproximativ patru luni de la începerea intervenției, am început să introducem și fructele în dieta sa. Mâncarea cu textură moale a fost acceptată după aproximativ doi ani de la intervenție și doar după ce a început să facă zilnic exerciții pentru aparatul fono-articular, după un program instalat pe iPad (20 de minute zilnic, dimineța).

În prezent, poate mânca orice fel de aliment, dar dacă ar fi să-l lăsăm singur să aleagă din magazin ce produse să-și cumpere, mereu alege brand-urile pe care le-a consumat la începutul intervenției. De aceea, în continuare îi verificăm lista de cumpărături și continuăm să-i prezentăm noi alimente, atât din bucătăria românească, cât și din cea internațională. De asemenea, adoră sucurile naturale realizate din mai multe fructe. În schimb, acceptă produsele cu mirosuri foarte puternice, dar încă nu le preferă. Mănâncă produsele cu textură moale, de exemplu piure de cartofi, după cinci ani de la intervenție, cu toate că în urmă cu doi ani mănca greoi și în cantitate mică (o lingură în 15 minute).

3. TEHNICA DE TERAPIE COMPORTAMENTALĂ APLICATĂ ÎN SUPRASELECTIVITATEA ALIMENTARĂ

Supraselectivitatea alimentară poate fi abordată prin tehnici de terapie comportamentală în care se respectă pașii ierarhici descriși de Tanner și Andreone (2015), cât și informațiile din studiile realizate de Riordan, Iwata, Wohl și Finney (1980) și de Freeman și Piazza (1998). Prin intervenția alimentară, se urmăresc următoarele obiective:

- copilul/ subiectul va consuma alimentele preferate în toate mediile în care se va servi masa. Subiectul va mânca stând jos, la masă, alături de celelalte persoane care iau masa. Se va realiza o listă cu alimentele preferate;

- copilul/ subiectul va mânca folosind un tacâm (exemplu: furculița) stând jos, la masă, alături de celelalte persoane (copii, membrii familiei, prietenii familiei);

- copilul/ subiectul va consuma alimente noi.

INTERVENȚIE

După ce copilul se va așeza la masă, adultul îi va oferi acces la recompensă tangibilă (exemplu: tabletă/ o jucărie) timp de un minut. Adultul va număra până la cinci, va retrage obiectul preferat și îi va spune: „E timpul să punem tableta deoparte și să mâncăm. Vei primi tableta imediat după ce mâncăm.” Inițial, după fiecare mușcătură, copilul va avea acces 30 de secunde la obiectul preferat, apoi oferirea recompensei va fi amânată până când se va ajunge la a primi obiectul dorit după ce a mâncat.

Prezentarea alimentelor se va face pe o farfurie întinsă, unde adultul va așeza câte o înghițitură/ bucată mică din fiecare aliment. După ce va mânca dintr-un aliment, el va avea acces la recompensă 30 de secunde, le

fel pentru celelalte alimente din farfurie. Se vor adăuga pe rând bucăți din fiecare aliment pe măsură ce aceasta va mânca (Freeman, & Piazza, 1998).

SAU

Se vor așeza pe o farfurie întinsă toate bucățelele din fiecare aliment, pe care copilul trebuie să le mănânce. Adultul va ajuta copilul, astfel încât acesta să poată avea acces la recompensă, inițial, după realizarea unor pași mici (Tanner și Andreone, 2015).

Exemplu de prompt - modelare pentru intervenția alimentară:

- adultul atinge alimentele, apoi îi cere și copilului să realizeze mișcarea;

- adultul miroase alimentul apoi îi cere și copilului să facă la fel;

- adultul ia mâncare și o duce la gură până când o va atinge cu buzele, apoi îi cere și copilului;

- adultul atinge alimentul cu limba, apoi îi cere și copilului să facă la fel;

- adultul pune alimentul în gură, îl mănâncă, apoi îi cere și copilului să facă la fel.

Criteriul de masterare: trecerea de la un tip de prompt la celălalt se va face în momentul în care copilul are răspuns pozitiv, imediat după prompt, pentru fiecare aliment din farfurie (exemplu: adultul miroase alimentul - copilul miroase alimentul).

După ce va consuma toate alimentele cunoscute în proporție de 80%, se va trece la etapa a doua din obiectivul intervenției.

După ce alimentele preferate vor fi consumate independent în toate locațiile, adultul îi va cere copilului să le mănânce cu furculița. Se va folosi extincția comportamentului de evitare, astfel încât adultul nu va îndepărta furculița cu înghițitura pe care copilul trebuie să o mănânce, până când acesta nu o va

mânca din furculiță. Dacă copilul nu va ține independent furculița în mână, el va fi ajutat, prin prompt fizic să folosească tacâmul.

Pentru alimentele noi, se va implementa intervenția de la primul obiectiv, respectiv

copilul/ subiectul va consuma alimentul nou în toate mediile în care se va servi masa. Subiectul va mânca stând jos, la masă, împreună cu celelalte persoane care iau masa.

BIBLIOGRAFIE

- American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5, Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*. Editura Medicală Calisto.
- Bandini, L. G., Curtin, C., Eliasziw, M., Phillips, S., Jay, L., Maslin, M., & Must, A. (2018). *Food selectivity in a diverse sample of young children with and without intellectual disabilities*. *Appetite*.
- CDC. *Surveillance Summaries: Morbidity and mortality weekly report* 70(11);1–16 (December 3, 2021). *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018*.
- Cooper, J.O., & Heron, T. E., & Heward, W. L. (2016). *Analiza aplicată a comportamentului*. (A doua ediție). Alpha MDN.
- Freeman, K. A., & Piazza, C. C. (1998). *Combining stimulus fading, reinforcement, and extinction to treat food refusal*. *Journal of Applied Behavior Analysis*.
- Petre, L., (2017, Aprilie 21-23). *Tulburări de comportament alimentar la copilul cu autism: cauze și intervenții* [Prezentare conferință]. Conferința Internațională ABA 2017, București, România.
- Riordan, M. M., Iwata, B. A., Wohl, M. K., & Finney, J. W. (1980). *Behavioral treatment of food refusal and selectivity in developmentally disabled children*. *Applied Research in Mental Retardation*, 1(1-2), 95–112. doi:10.1016/0270-3092(80)90019-3
- Tanner, A., & Andreone, B. E. (2015). *Using Graduated Exposure and Differential Reinforcement to Increase Food Repertoire in a Child with Autism*. *Behavior Analysis in Practice*, 8(2),



14. DEZVOLTAREA ATENȚIEI ÎN PREȘCOLARITATE

BETI- ANA CIOACĂ, LOGOPED, FORMATOR

Intrarea în lume a copilului presupune adaptare (asimilare și acomodare) la realitatea fizică și socială. Copilul intră într-o buclă spațio-temporală încărcată de o mulțime de stimuli și expectanțe din partea adulților. De câte ori nu am auzit pe stradă vreo mămică sau bunică spunând copilului „fii atent pe unde mergi”? De la o vârstă fragedă, copilul primește atenționări: „fii atent cum ții creionul”, „fii atent ce spui”, „fii atent la instrucțiunile doamnei”! Și copilul este atent (involuntar) la o mulțime de lucruri până când apare un stimul nou, incitant, și atunci atenția i se îndreaptă spre altceva.

Când vorbim de preșcolaritate, ne referim la trei etape distincte:

- 3-4 ani – preșcolaritatea mică
- 4-5 ani - preșcolaritatea mijlocie
- 5-6 ani - preșcolaritatea mare

Dacă în preșcolaritatea mică copilul încă e în zona răsfățului, cu o tendință mai mare de egocentrism, în preșcolaritatea mijlocie apare cooperarea, crește interesul pentru comunicare, iar imaginația îi dă șansa să scape de realitatea lui „trebuie”. În preșcolaritatea mare, copilul e dornic de afirmare, iar curiozitatea este mare. Abia în această etapă se pun bazele atenției voluntare care îi va servi la școală în procesul de învățare.

Copilul dezvoltă diferite tipuri de conduită în funcție de mediu. Apar contradicțiile între cerințele educative și posibilitățile de satisfacere a acestora. În preșcolaritatea mare, capacitatea de învățare devine mult mai activă, iar copilul este interesat de cunoaștere.

În preșcolaritate, are loc o dezvoltare explozivă la nivelul planului senzorio-perceptiv. Vorbim despre o sensibilitate vizuală și auditivă în creștere, copilul fiind mult mai atent la cuvinte, sunete. Îl interesează arealul imediat: strada și vecinătățile, grădinița, natura, lumea plantelor și animalelor. Percepția este mai organizată și devine operativă când vorbim de spațiu și timp. Dezvoltarea analizatorilor, a interacțiunii dintre ei îl ajută pe copil să descopere lumea, relațiile dintre obiecte. O dată cu dezvoltarea capacităților verbale, însușirile perceptive sunt numite și fixate în creierul copilului, devenind elemente de bază ale operării în schemele mentale. Memoria se dezvoltă și ea, fiind impregnată de calități afectogene. Atenția este importantă în desfășurarea oricărei activități, conducând la focalizarea energiei psihicului. Concentrarea atenției la preșcolarul mic este de 5-7 minute, la preșcolarul mijlociu este de 12-14 minute, iar la cel mare de 20-25 minute. Formele de atenție voluntară pot să apară pe la 4 ani în joc, ascultarea poveștilor, urmărirea filmelor de animație. Crește treptat volumul și mobilitatea atenției, selectivitatea, concentrarea. Aceste caracteristici ale atenției sunt stimulate de interes, înțelegere și antrenament.

Managementul dezvoltării atenției în perioada preșcolară este un demers educațional care include ansamblul metodelor, de gestiune și administrare a stimulilor incitanți.

Educatorul, părintele, logopedul sunt responsabili de a orienta atenția spre lucrurile din jur, pentru sesizarea detaliilor, pentru distingerea obiectului percepției de fondul

percepției. Atenția copilului preșcolar este instabilă și orice lucru o poate distrage. De aceea trebuie să oferim condiții care să ajute copilul în focalizarea atenției. Întotdeauna sarcinile sunt stabilite de către adult și instrucțiunile vor fi clare, în propoziții scurte. Atenția poate fi dezvoltată în jocuri didactice antrenante (caută intrusul, ce e diferit, puzzle, labirint etc.). Importante în dezvoltarea atenției sunt dezvoltarea intelectuală, climatul general, relația cu adultul, gradul de implicare în joc.

Putem să exersăm atenția prin diferite tipuri de jocuri :

1. Închide ochii și descrie obiectele din clasă
2. Numește obiectele care sunt în dreapta ta (nu ai voie să deschizi ochii)
3. Câte ferestre sunt în clasă?
4. Închide ochii și ascultă. Ce ai auzit?
5. Joc logopedic: eu spun un cuvânt. Tu trebuie să îl ții minte și să mai adaugi unul din aceeași categorie (exemplu: eu spun măr. Tu spui măr, pară. El spune măr, pară, alună...)
6. Jocul Apă, pământ aer – când spun apă, întindem brațele în față, când spun pământ lăsăm brațele jos, când spun aer ridicăm brațele.

BIBLIOGRAFIE

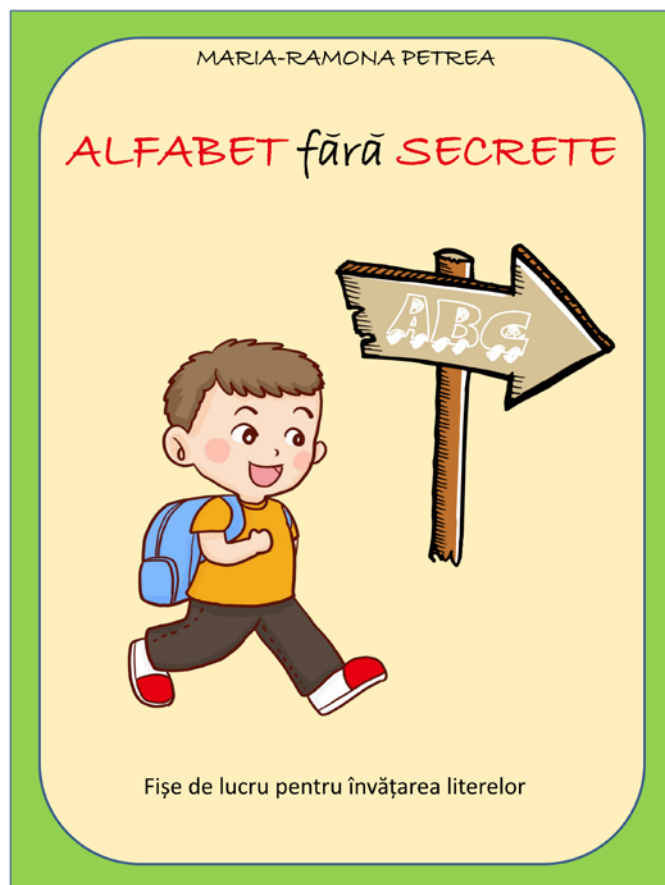
Emil Verza, Florin Emil Verza, *Psihologia copilului*, Editura Trei, 2017

DEZVOLTAREA ATENȚIEI ÎN PREȘCOLARITATE ÎN CADRUL ȘEDINȚELOR DE TERAPIE LOGOPEDICĂ

NIVELUL DE ATENȚIE	CUM SE MANIFESTĂ	STRATEGII DE EDUCARE A ATENȚIEI
NIVELUL I	Foarte distrat, orice stimul nou îl poate distrage	Caută un stimul care să îl motiveze și introdu-l în activitate (ex: puzzle, joaca de-a detectivul, jocuri de construcție, incastu, lego, colorat, decupat ș.a)
NIVELUL II	Poate fi atent doar la o singură activitate Ignoră adulții	Copilului trebuie să i se dea timpul necesar pentru a-și finaliza activitatea Adultul îi va atrage atenția spunând „după ce terminăm asta, vom face un alt joc”
NIVELUL III	Poate să își focalizeze atenția mai mult asupra temei propuse de terapeut	Dacă îl strigi pe nume se poate uita la tine și să te asculte Se simte în siguranță și este mai atent
NIVELUL IV	Este atent la sarcina propusă Își poate comuta atenția de la sarcină către terapeut pentru a urmări indicațiile	Recompensează-l pentru că este atent Măsoară cu un cronometru timpul în care copilul execută sarcina
NIVELUL V	Poate asculta indicațiile în timp ce desfășoară o activitate	Terapeutul trebuie să îi organizeze pauzele în învățare organizându-i judicios activitățile Va fi recompensat

15. POSTFAȚĂ LA CARTEA ALFABET FĂRĂ SECRETE DE MARIA PETREA

BETI ANA CIOACĂ



Chiar dacă suntem în epoca digitalizării, cartea va rămâne de bază în învățarea scris-citului.

Piticii au nevoie de explorare și manipulare, și acesta este primul pas în bucuria învățării alfabetului. Mișcarea grafică, coloratul, recunoașterea literei cu care începe cuvântul le vor da sentimentul că sunt mari, că pot manevra condeiul cu finețe, fără să depășească spațiile în care sunt introduse literele. Centrul scrierii și al înțelegerii cuvintelor scrise sunt absolut necesare maturizării firești (și treptate) a creierului.

Această carte a „secretelor” limbii le va da copiilor șansa să devină învățăcei exersați când vor fi în clasa pregătitoare sau să devină ei înșiși maeștri ai limbajului, ghidați, nu rareori, de dascăli inovativi care vor urmări traiectoria dezvoltării copilului în viața de școlar.

Felicitări autoarei, d-na prof. Logoped Maria Petrea, care, preocupată fiind de modelarea limbajelor, a adăugat multor auxiliare care există azi, un nou model de învățare a limbii române.