



Nr. 3 - 2010
București



LOGOPEDIA

REVISTA PROFESORILOR LOGOPEZI

ISSN 2066-6632

- CUPRINS -

1. Prof. logoped Sorina Niculescu	ARGUMENTE ÎN FAVOAREA INTEGRĂRII COPILOR CU CERINȚE SPECIALE
2. Prof. logoped Adriana Stancu	PROGRAM DE INTERVENȚIE LOGOPEDICĂ PENTRU COPIII CU HIPOACUZIE
3. Prof. logoped Cioacă Beti-Ana	A ÎNVĂȚA SĂ RESPIRI – PRIMUL PAS CĂTRE O FONAȚIE CORECTĂ
4. Prof. logoped Florentina Gălbinașu	CATEVA REPERE ALE INTERVENȚIEI LOGOPEDICE ÎN DISLEXO-DISGRAFIE
5. Prof. logoped Cristina Georgescu	INTEGRAREA COPILOR CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE ÎN ȘCOLILE DE MASĂ
6. Prof. logoped Luiza Vasilescu	NECESITATEA INTERVENȚIEI LOGOPEDICE PRECOCE ÎN CAZURILE DE BALBISM LA PREȘCOLARI
7. Prof. psihopedagog Valeria Balaban	INTEGRAREA COPILOR CU CERINȚE EDUCAȚIONALE SPECIALE ÎN ÎNVĂȚĂMÂNTUL DE MASĂ ÎNTRE TEORIE ȘI PRACTICĂ
8. Prof. logoped Liliana Gălbinașu – Prof. logoped Viorica Oprea	INCOMPETENȚE ȘI COMPETENȚE ÎN RETARDUL DE LIMBAJ
9. Prof. logoped Iuliana Bărbuceanu	TERAPIA COMPORTAMENTALĂ ȘI COGNITIVĂ A TULBURĂRIILOR DE RITM ȘI FLUENȚĂ
10. Prof. psihopedagog Mihaela Șerban	INSTRUIREA COPILOR CU DEFICIENȚE SEVERE DE COMUNICARE
11. Prof. logoped VALERIA PÂRȘAN	REZILIENȚA - Partea a II a

ISSN 2066-6632

EDITORIAL

dedicat colegelor și prietenelor mele :

Iulia Gerendy, Viorica Oprea, Adriana Stancu, Ana Stoica și Aurora Sava

În urmă cu 27 de ani am schimbat cabinetul logopedic al unei școli speciale cu un cabinet al Centrului Logopedic Interșcolar 7. Emoții coplesitoare, temeri, nesiguranță, spulberate rapid de primirea călduroasă în centru a colegelor care chiar doreau să cunoască și elemente specifice ale tehnicilor de corectare folosite pentru copiii cu dizabilități cuprinși în alte structuri de învățare. În scurt timp am realizat că logopedia este aceeași, diferențele sunt date de creativitatea specialistului, dar și de implicarea familiei în motivarea recuperării cât mai rapide a dizabilităților copiilor veniți la cabinet.

Întâlnirile din comisia metodică municipală au debutat pentru mine cu alte emoții, înlocuite rapid de bucuria de a avea colege cu pregătire solidă, experiență bogată și, mai ales, dăruire pentru meseria de profesor logoped, dragoste pentru copii și satisfacții aduse de succese profesionale, pe scurt pasiune și mândria de a fi profesor logoped.

Am înțeles imediat că am în fața ochilor cărți vii, metodologii umane pentru un profesionist debutant, dar însetat de noutăți.

Ani de zile am stat pe lângă ele, admirând calitățile lor și „furând” meseria de a fi un bun profesor logoped, apropiat cu copilul, empatic cu părinții, convingător cu cadrele didactice.

Asemănătoare și foarte diferite și individualizate, mi-au atras atenția cu calități particulare și personale, unitate în diversitate :

„Specialistul nostru psiholog”, așa am cunoscut-o pe **Iulia Gerendy**, calmă, voce cu tonalitate joasă, plăcută, confidențială dar și convingătoare, dornică să împărtășescă tot mai mult din experiențele personale, preocupată mereu de tehnici alternative, prea puțin cunoscute de noi toți în acele timpuri.

De la ea am învățat să fac exerciții pentru sunete în corectarea dislaliei, așa s-a născut primul caiet de corectare, ulterior îmbogățit și transformat în carte, alături de alte colege.

Tenacitatea Iuliei Gerendy s-a materializat din 1990 și în formarea ALR, asociație care există și astăzi numai datorită eforturilor, pasiunii și devotamentului ei.

Viki Oprea mi-a dezvăluit marea calitate a modestiei unui mare om adevărat, atât de bun specialist încât nu mai este nevoie să o spună, ci doar să pună pe hârtie toate experiențele proprii și devotamentul față de meserie și copii, așa încât să beneficiem toți ceilalți de rezultatele pe care le-a publicat în multe lucrări de specialitate.

Adriana Stancu mi-a arătat ce înseamnă să ai tărie de caracter într-o lume cu o evoluție nu tocmai ușoară, luptătoare pentru ea și pentru toți ceilalți din branșă, luptă câștigată pentru susținerea propriilor păreri și opinii, dar și preocuparea pentru îmbogățirea metodologiilor prin publicarea de lucrări de specialitate alături de Viki Oprea, Ana Stoica ș.a.

Ana Stoica, optimistă incurabil, veselă și în situații dificile, posesoare a unei rare calități : serenitatea - capacitatea de a vedea frumosul și binele chiar și acolo unde sunt adânc ascunse, înțelepciunea unei medieri chiar și când situațiile par iremediabil deteriorate.

Aurora Sava, prețioasă, elegantă, aparent rece dar empatică și apropiată celor care știu să-i câștige încrederea, veselă, apropiată de copii, preferând să transforme tehnicile de lucru în jocuri cu cei mici.

Greu de spus în câteva rânduri tot ce simt pentru colegele și prietenele mele care, începând cu 1 sept.2010, au început o altă etapă a vieții, schimbând statutul de profesor logoped din centrul logopedic interșcolar, o banală legislație împiedicându-le să-și mai exercite în continuare talentele remedierii limbajului la copii în sistemul de învățământ.

Deși, de multe ori, modificările legislative ale contextului educațional ne-au situat pe poziții diferite, uneori chiar opuse, ele rămân modele de necontestat de profesionalism și dăruire dând sens nobil meseriei de profesor logoped învățându-ne pe noi ceilalți mândria de a face acest lucru deosebit.

Mulțumesc este un cuvânt prea simplu pentru numele lor.

Prof. metodist Valeria Pârșan

Integrarea copiilor cu cerințe speciale este un curent care a început să se dezvolte încă din anii '70. De la începutul anilor '70 ideea integrării este din ce în ce mai puternic afirmată în țările vest-europene, în S.U.A. și Canada.

Cu toate că a întâmpinat mari rezistențe și a ridicat mari probleme, integrarea a câștigat din ce în ce mai mult teren, s-au dezvoltat diferite modalități de realizare, iar la începutul anilor '90 au fost adoptate rezoluții ale O.N.U. care stipulează integrarea copiilor cu handicap, rezoluții semnate de România. Fără să existe un sistem unitar de realizare a integrării, în toate țările a fost reorganizat sistemul de învățământ pentru asigurarea condițiilor ce țin de cerințele speciale ale copilului. Au fost regândite sau create servicii specializate de sprijin și s-a pus în practică pregătirea profesorilor în acest sens. S-a discutat foarte mult pe această temă, s-au organizat congrese, conferințe, seminarii cu participarea nu numai a reprezentanților învățământului, dar și a unor O.N.G.-uri și a reprezentanților comunității.

Din întâlnirile de anvergură națională la care am putut participa, pe lângă principiile frumoase afirmate, a reieșit că punerea în practică a integrării nu este deloc ușoară. Dificultățile sunt generate atât din neînțelegere, cât și din lipsa unei organizări eficiente.

Care este situația la noi? Reticențele au fost și sunt foarte mari atât în școlile speciale, cât și în învățământul de masă. Au fost semnalate și câteva experiențe reușite în țară, mai puțin în București.

Ceea ce pot spune din experiența personală – din cele câteva școli și grădinițe pe care le cunosc și unde am întâlnit copii cu diferite tipuri de dificultăți incluși în clase – sunt următoarele situații:

- copii integrați cu ajutorul unor educatoare sau învățătoare care au dorit și și-au asumat integrarea unui copil altfel decât ceilalți; au colaborat cu familia foarte bine, au încercat să se informeze cum să procedeze. Sunt cazuri foarte puține, important însă este că există și mai mult ca sigur sunt mai numeroase decât am întâlnit personal. Acestea sunt singurele situații în care s-a realizat integrarea (copilul a progresat și s-a realizat o bună colaborare cu ceilalți copii), dar limitată la perioada cât a durat colaborarea cu acel cadru didactic;

- copii incluși în clase obișnuite, fără nici o pregătire a cadrului didactic (informare prealabilă, explicarea situației) soldate cu două tipuri de rezultate: respingerea de la început, ori acceptarea în sensul tolerării. Pentru copilul acceptat, pentru că „asta este”, ori „știm că asta este tendința actuală”, dar despre care se consideră că de fapt nu are ce căuta în acea clasă, problemele sunt mari. Nu există premisele elementare pentru o integrare reală, nici colectivul de copii nu este educat pentru a avea o atitudine normală, iar copilul în cauză va suferi, atât el cât și familia lui, reacțiile de respingere ale celorlalți copii și chiar ale altor părinți (uneori chiar încurajați pentru a fi scos din acea clasă).

Un principiu important care a stat la baza curentului de susținere a integrării a fost principiul normalizării. Acest principiu promovează o politică socială care să răspundă cerințelor persoanelor cu handicap, de asigurare a unor condiții de viață asemănătoare cu ale celorlalți semenii. [1]

Consider că „normalizarea” privește la fel de mult persoanele cu handicap și poate chiar mai mult persoanele fără handicap. Modelul de atitudine pe care îl promovăm ca educatori va influența direct atitudinea celorlalți copii (și părinți) față de semenii lor. Orice atitudine de respingere, jignire, rănire, lipsa de orice urmă de sensibilitate și înțelegere reprezintă un eșec foarte grav al modului în care ne formăm și educăm copiii. De aceea putem afirma că motivația cea mai puternică în favoarea sprijinirii integrării este chiar concepția asupra rolului educației în inocularea credinței în valorile umane.

Nu este posibilă integrarea socială a persoanelor cu handicap fără integrarea educațională. Școala este instituția socială care modelează atitudinile și comportamentul copiilor și o societate este judecată după eforturile de a-i ajuta pe cei fără putere, pe cei cu mai puține posibilități, pe cei aflați în dificultate. [2]

Regândirea încă din anii '70 a sistemului educațional în sensul unor reforme profunde a fost determinată nu numai de problemele integrării, dar și de constatarea că în școlile obișnuite sunt din ce în ce mai mulți copii cu dificultăți de învățare.

Reconsiderarea obiectivelor, flexibilizarea metodelor, adaptarea școlii la cerințele elevilor au fost și sunt probleme esențiale ale sistemului de educație pentru toți copiii. Noile teorii ale învățării din anii '70, care vizau învățarea eficientă, au fost motivate de neadecvarea sistemelor educative la provocările realității. Mutarea de perspective, centrarea pe copil, adaptarea metodelor la cerințele copiilor sunt trăsăturile teoriilor care vizau învățarea eficientă.

O teorie cu un impact deosebit apărută în această perioadă, dezvoltată și continuată în anii '80, '90 și în prezent este cea legată de numele profesorului Reuven Feuerstein. Metodele de evaluare dinamică a potențialului de funcționare cognitivă, programul de intervenție asupra funcțiilor cognitive cunoscut sub numele de Programul de Îmbogățire Instrumentală Feuerstein au fost adoptate în țări din întreaga lume și au avut o influență importantă asupra psihologilor, pedagogilor și profesorilor implicați în educația copiilor cu diferite tipuri de disfuncționalitate.

Concepția profesorului Feuerstein pleacă de la următorul postulat: modificabilitatea este o trăsătură specifică ființei umane. Indiferent de cultură, de abilități, interese, vârstă, modificabilitatea este o trăsătură comună tuturor ființelor umane. Există diferențe între posibilitățile de a se modifica, dar să ținem seama că există diferențe și între cantitatea și calitatea intervențiilor necesare pentru a produce o modificare. Nu putem să precizăm care persoană este mai mult sau mai puțin modificabilă. Nu putem face o predicție pe baza datelor etiologice. Nivelul de funcționare cognitivă la un moment dat ne poate da un indiciu, dar acesta poate fi sursa unei interpretări greșite. De aceea nu este indicată clasificarea în categorii. Vom pune accentul pe nivelul de performanță, nu pe individ. Performanțele pot fi întârziate, comportamentul într-o situație bine definită poate fi inadecvat. Acest lucru va evita generalizarea, etichetarea, care conduce la o predicție implacabilă. [3]

De cele mai multe ori copiii cu diagnostic sever au confirmat predicțiile pentru că nu li s-au dat mijloacele de a evolua altfel.

De aici diferența dintre atitudinea pasivă acceptantă și atitudinea activă în favoarea modificării. Atitudinea pasivă acceptantă este o atitudine protectoare – plecând de la premisa că un copil nu poate fi modificat, îl acceptăm așa cum e, și de aici strategii educative minime, protecție prin atitudine reducionista și inevitabil menținerea la stadii minime.

Profesorul Feuerstein consideră că integrarea are o foarte mare valoare în modificarea copiilor cu disfuncții cognitive și în adaptarea lor la realitate. Acești copii au dreptul legitim la activități care să îi modifice (organizarea mediului înconjurător, modalități de abordare, atitudini). Ce se crede determinant prin etiologia exogenă și endogenă este modificabil prin modalități eficiente, adaptate, adecvate de mediere. Mediarea este responsabilă de plasticitatea și modificabilitatea individului. Este vorba despre o mediere de specialitate care presupune modalități diferite de interacțiune.

Mediul acceptant dă următoarele mesaje: „acesta este locul tău”, „atât poți tu”, „nu trebuie să ieși de aici”, „rămâi aici”, implicit sau declarativ: „tu nu poți mai mult”.

Mediul activ creează condiții pentru modificare și condițiile necesare pentru schimbare.

Un mediu omogen, mereu cu aceleași persoane cunoscute, cu colegi de același fel, nu poate susține schimbarea, nu va ajuta la dezvoltarea capacităților necesare cerințelor de modificare și adaptare la realitate.

Pentru ca modificabilitatea să fie crescută și intervențiile să fie eficiente, mediul înconjurător trebuie să aibă anumite exigențe în fața copilului, care să-i dea posibilitatea de a se modifica.

Nu este suficient să stabilim strategiile preferențiale potrivite unui diagnostic, modalitățile de mediere și obiectivele țintă, copilul trebuie să fie într-un mediu care să-i transmită mesajul: „te poți schimba și te ajutăm să o faci”. [3]

Bibliografie

[1] Traian Vrasmas – „Învățământul integrat și incluziv”, ed.Aramis 2001

[2] Hans Eysenck și Michael Eysenck – „Descoperirea comportamentului uman”, ed.Teora, 2001

[3] Reuven Feuerstein – „Pedagogies de la mediation”, Chronique Sociale, 1990

PROGRAM DE INTERVENȚIE LOGOPEDICĂ PENTRU COPIII CU HIPOACUZIE

Prof. logoped ADRIANA STANCU
Centrul Logopedic Interșcolar nr.1

OBIECTIVE

- 1.Pregătirea aparatului fonoarticulator pentru fonație și vorbire
- 2.Educarea și corectarea limbajului verbal oral
- 3.Facilitarea însușirii citit- scrisului
- 4.Educarea și perfecționarea comunicării
- 5.Îmbogățirea vocabularului și dezvoltarea operațiilor gândirii

OBIECTIVUL 1-Pregătirea aparatului fonoarticulator pentru fonație și vorbire

- 1a-Realizarea acordului între fonație și respirație
- 1b-Educarea expirației fonatoare
- 1c-Dezvoltarea motricității respiratorii
- 1d-Dezvoltarea motricității fonoarticulatorii
- 1e-Corectarea defectelor de voce

Obiective operaționale/ Competențe

- Să-și educe și perfecționeze vocea necesară emiterii
- Să-și coordoneze inspirul și expirul
- Să emită în expir
- Să antreneze în emiterie toate segmentele aparatului fonoarticulator
- Să execute exerciții de miogimnastică articulatorie

Secvențe educaționale/ Activități

- Se vor face: exerciții de respirație neverbale și verbale.
- Exerciții de gimnastică fonoarticulatorie antrenându-se toate segmentele aparatului fonoarticulator: maxilarele, obrații, limba, vălul palatin, buzele, laringele.
- Exerciții de provocare și stimulare a vocii.
- Exerciții de corectare a defectelor de voce: reglarea intensității vocii(să nu țipe sau să nu vorbească în șoaptă), corectarea nazalizării, corectarea plasării accentelor și reglarea melodiei frazei.

OBIECTIVUL 2- Însușirea limbajului verbal

- 2a-Însușirea limbajului expresiv- emiterea
- 2b-Educarea limbajului receptiv –ascultarea
- 2c-Corectarea fonemelor și a structurilor verbale emise greșit

Obiective operaționale/ Competențe

- Să emită corect fonemele limbii.
- Să poată coarticula fonemele în structuri verbale:cuvinte.
- Să utilizeze structuri morfo-sintactice: propoziții, fraze, flexionări.
- Să diferențieze fonemele sau structurile verbale greșite de cele corecte.
- Să-și educe auzul și ascultatul cu sau fără ajutorul unei proteze auditive.

Secvențe educaționale/ Activități

-Se face un inventar al fonemelor neînsușite și al celor însușite greșit.

-Activitatea de învățare a fonemelor limbii va avea succesiunea următoare:

- emiterea izolată a fonemului concomitent cu învățarea grafemului corespunzător;
- rostirea fonemului cu vocale;
- rostirea fonemului cu consoane;
- introducerea fonemului în structuri verbale: cuvinte;
- diferențierea fonemelor asemănătoare: a-o, e-i, u-o, consoane surde- consoane sonore, siflante- șuierătoare etc.
- rostirea grupurilor consonantice;
- rostirea diftongilor și triftongilor, etc.
- rostirea de cuvinte, propoziții.

Activitatea de corectare a fonemelor se desfășoară pornindu-se de la fonemele emise corect.

Dezvoltarea limbajului receptiv se face prin exerciții de ascultare, diferite zgomote sau sunete, vocea unor persoane, muzica, cântatul, etc.

OBIECTIVUL 3-Facilitarea însușirii citit- scrisului

3a- Învățarea semnelor grafice(grafemelor) și reducerea confuziilor

3b- Deprinderea mecanismului citirii prin coarticularea fonem- grafemelor în structuri verbale: silabe, cuvinte.

3c- Citirea și scrierea unor structuri verbale: cuvinte

3d- Citirea și scrierea unor propoziții, fraze

3e- Citirea și scrierea unor texte

Obiective operaționale/ Competențe

- Să recunoască literele de tipar, de mână
- Să reproducă corect literele de mână.
- Să citească corect structuri verbale: cuvinte.
- Să respecte accentele, să citească cu intonație propoziții, respectând linia melodică a propoziției.
- Să înțeleagă ceea ce citește.
- Să scrie cuvinte prin procedeele: copiere, transcriere, dictare, autodictare.

Secvențe educaționale/ Activități

- Pentru învățarea și memorarea literelor se utilizează metoda imaginilor inductoare.

- Se fac exerciții de recunoaștere și reproducere a literelor în succesiunea învățării lor la orele de limba română

- Se introduc literele în structuri verbale: cuvinte, propoziții.
- Între cuvinte există un spațiu: se atrage atenția de câte ori se scriu propoziții.
- Se învață semnele de punctuație.
- Se învață scrierea de texte: mici compuneri cu o anumită temă, compuneri cu cuvinte date.
- Să citească texte și să reproducă în limbajul oral sau scris cele citite etc.

OBIECTIVUL 4- Educarea și perfecționarea comunicării

4a-Educarea comunicării prin limbajul verbal oral

4b-Educarea comunicării în limbajul scris

4c-Interacțiunea limbajului oral cu cel scris pentru perfecționarea comunicării

Obiective operaționale/Competențe

- Să utilizeze cuvintele și structurile propoziționale învățate în comunicare.
- Să folosească limbajul verbal în activitățile instructiv-educative.
- Să folosească limbajul verbal în interacțiunile sociale și familiale.

Secvențe educaționale/Activități

- Exerciții de formulare de propoziții după imagini.
- Exerciții de povestire după imagini succesive.
- Formulare de propoziții și texte cu cuvinte date, sau pe anumite teme.
- Verbalizarea unor desene executate de copil.
- Inițierea de dialoguri în grup cu anumite teme.
- Învățarea alternării rolurilor: copilul trebuie să asculte și să-și aștepte rândul la replică.

OBIECTIVUL5-Imbogățirea vocabularului și dezvoltarea operațiilor gândirii

5a-Vocabularul utilizat să fie cât mai variat, acoperind toate domeniile vieții, preocupărilor și activităților copilului

5b-Dezvoltarea gândirii o dată cu dezvoltarea limbajului

5c-Stimularea reciprocă a gândirii și limbajului

Obiective operaționale/Competențe

- abstracte.
- Să înțeleagă și să utilizeze cât mai multe noțiuni concrete(obiecte, acțiuni), cât și
 - Să utilizeze noțiuni categoriale.
 - Să înțeleagă noțiuni abstracte atunci când îi sunt explicate.
 - Să poată reda în propriile cuvinte un text citit sau o întâmplare trăită sau văzută.
 - Să facă compuneri pe teme date, cu cuvinte date, să pună titlu.
 - Să înțeleagă și să utilizeze vocabularul la toate materiile de studiu.

Secvențe educaționale/Activități

- (obiecte, imagini).
- Exerciții de învățare a noțiunilor categoriale cu ajutorul materialului concret
 - Exerciții de învățare a noțiunilor ce definesc relații spațiale și temporale.
 - Explicarea unor cuvinte sau idei din textele de la orele de limba română, dar și de la alte materii școlare.
 - Se vor efectua exerciții-joc cu ajutorul cuvintelor.

A ÎNVĂȚA SĂ RESPIRI – PRIMUL PAS CĂTRE O FONAȚIE CORECTĂ

* exerciții respiratorii

Profesor logoped Cioacă Beti-Ana
Centrul Logopedic Interșcolar nr. 4

„ A trăi înseamnă a respira și a respira înseamnă a trăi” (dr. Denis Lamboley).

Când vorbim despre actul vocal ne gândim și la cele două aspecte implicate : respirația și fonația.

Respirația, ca act reflex, presupune schimburi gazoase necesare vieții și are două faze distincte : inspirația și expirația.

Inspirația fiziologică este cea nazală. În fonație, inspirația este bucală sau buco-nazală. Dinamica inspiratorie pregătește actul fonic. Expirația este un act pasiv. Ritmul respirator este dictat de necesitatea emisiei sunetelor. În emisia sunetelor inspirația este scurtată, iar expirația este alungită. Evacuarea aerului pulmonar se realizează la nivelul glotei, în inspirație aceasta deschizându-se, iar în expirație se închide lent și incomplet. În emisie se produce o creștere a presiunii subglotice ce acționează asupra coardelor vocale. Sub influența directă a aerului expirat, sunetul laringian trece prin glotă, cavitatea laringo-bucală, prin cea nazo-faringiană, trece prin orificii și obstacole, toate acestea contribuind la formarea vocii și emisiei sunetelor. Adeseori, distorsiunile ce apar în pronunția sunetelor pot fi datorate nede dezvoltării motricității respiratorii.

Controlul respirației îmbunătățește durabilitatea și rezistența psihică, asigură calmul mental. La fiecare mișcare o jumătate de litru de aer intră și iese din corp.

Corectarea motricității respiratorii trebuie adaptate particularităților individuale, să se facă în camere aerisite și ținute lejere.

O respirație corectă îmbunătățește nu numai fonația, ci și circulația sângelui, oxigenarea lui, reduce oboseala, ameliorează atenția și memoria.

Conform cercetărilor, capacitatea pulmonară a unui nou-născut este de 400 cm.cubi și crește cu 23,4 cm.cubi în fiecare an.

Sunt mai multe tipuri respiratorii : costo-diafragmatică, diafragmatică, costală. Cea mai indicată formă de respirație este cea mixtă. Modelul respirator pentru copil este perceput vizual și tactil.

Exercițiile care favorizează o bună respirație sunt oftatul, căscatul, zâmbetul, râsul.

O respirație bună începe cu inspirul pe nas.

EXERCIIILE PREGĂTITOARE ȘI DE ACTIVARE

I. CAPUL ȘI GÂTUL

poziția – în picioare, cu mâinile pe lângă corp, picioarele ușor depărtate

- a)- se execută cinci rotiri ale capului în sensul acelor de ceas, apoi inversăm
- b) – se înclină capul spre dreapta și spre stânga, ca și cum am vrea să atingem umărul
- c) – se înclină capul în față și în spate

II. RELAXAREA UMERILOR

- a) – ridicarea umerilor înspre urechi ; menținem această poziție câteva secunde, apoi ne relaxăm
- b) rotirea umerilor – se descriu cercuri mici într-un sens și în celălalt
- c) balansarea brațelor astfel încât palma să atingă șoldul opus
- d) se încrucișează brațele la spate, apoi se depărtează cât mai mult de fese

EXERCIIILE PENTRU DIFERITE TIPURI DE RESPIRAȚIE

I. RESPIRAȚIA DIAFRAGMATICĂ

Notă – diafragma este mușchiul cel mai puternic din organism

Exercițiul 1

- întins pe spate, cu picioarele semiîndoite și tălpile pe sol
- ambele mâini sunt așezate deasupra ombilicului, cu degetele spre pubis

- în expir se retrage abdomenul, apăsând cu mâinile pe abdomen
- în inspir, abdomenul revine la normal

Exercițiul 2

- așezat turcește
- palmele se sprijină pe genunchii opuși
- capul se înclină, atingând pieptul (expir)
- capul revine la normal (inspir)

Exercițiul 3

- în picioare, cu palmele sprijinite pe genunchi
- se apleacă corpul ușor , retrăgând abdomenul (expir)
- se revine la normal (inspir)

RESPIRAȚIA TORACICĂ (COSTALĂ)

Exercițiul 1

- așezat pe scaun, cu palmele puse pe talie
- se expiră apăsând palmele
- se inspiră (se simte cum se dilată cutia toracică)

Exercițiul 2

- așezat pe scaun
- palmele împreunate în fața sternului
- când expirăm, apăsăm palmele una într-alta
- în inspir relaxăm palmele

RESPIRAȚIA SUBCLAVICULARĂ

Exercițiul 1

- așezat pe scaun
- palmele unite deasupra capului
- în expir apăsăm palmele
- în inspir întindem brațele spre cer

Exercițiul 2

- așezat, cu palmele puse pe piept, aproape de clavicule
- se expiră, iar în inspir depărtăm coatele de piept

Exercițiul 3

- în picioare, cu mâinile prinse la spate
- în inspir se îndoaie corpul la 90 de grade depărtând brațele de corp
- în expir se revine la poziția inițială

EXERCIȚII DE CONȘTIENTIZARE A LUNGIMII SUFLULUI

Exercițiul 1

- se stă pe scaun
- se umezește palma cu vârful limbii și facem palma cornet în fața gurii
- se suflă

Exercițiul 2

- se ia un pai, un pahar cu apă și un cronometru
- se suflă prin pai în paharul cu apă

- când nu mai apar bule se închide cronometrul

EXERCIȚII DE BLOCARE A SUFLULUI

Exercițiul 1 – respirația în careu

- inspir în 4 timpi
- reținerea aerului 4 timpi
- expir 4 timpi

Exercițiul 2 – mers ritmat

- inspir – 3 pași
- blocarea aerului – 1 pas
- expir – 3 pași

EXERCIȚII DE RESPIRAȚIE PRIN JOC

AVIONUL

- brațele sunt întinse la orizontală (aripile avionului)
- se pregătesc aripile (expir)
- se ridică aripile (inspir)
- aterizare (brațele revin pe lângă corp – expir)

MOARA

- întins, cu picioarele îndoite
- brațul stâng se duce înapoia capului (inspir)
- brațul stâng revine pe lângă corp (expir)
- se procedează la fel și pentru brațul drept

FACEM LINIȘTE

- se inspiră profund
- blocăm aerul și ducem arătătorul în fața gurii
- expir spunând ssst

BALONAȘE DE SĂPUN

- după ce suflă în balonașe, copilul alege unul dintre ele, încercând să-l mențină cât mai mult în aer suflând asupra lui

CONCLUZII

Putem vorbi de o adevărată „Știință a respirației” sau de „arta respirației”. Prin tehnici simple putem să controlăm respirația, amplitudinea și ritmul ei. O respirație corectă ne ajută să avem o voce caldă, fără stridențe, fără perturbări fonematice. Se poate combina exercițiul de respirație cu imageria, deblocând astfel stările de angoasă, eliberând tensiunile psihice.

Câteva repere ale intervenției logopedice în dislexo-disgrafie

prof. logoped Florentina Gălbinașu

Centrul Logopedic Interșcolar nr. 3

Dislexo-disgrafia reprezintă incapacitatea de a edifica scheme motorii sau perceptive diferențiate care să asigure identitatea grafemelor în scriere și identificarea lor în citit.

Diagnosticul de dislexo-disgrafie se stabilește după ce s-a încheiat perioada de achiziție a scris-cititului numai după ce s-a demonstrat că, în condiții obișnuite, copilul nu și-a însușit aceste deprinderi.

Forme ale dislexo-disgrafiilor

- Dislexo-disgrafia specifică sau propriu zisă, manifestată prin incapacitatea paradoxală în formarea abilităților de a citi și a scrie. Tulburarea se manifestă pregnant în dictare și compunere. În citit se poate silabisi.
- Dislexo-disgrafia de evoluție numită și de dezvoltare sau structurală. Se distinge prin faptul că este foarte rezistentă la corectare fapt ce poate indica o componentă genetică. Manifestările sunt de ordin disortografic, în planul înțelegerii semnificației, omisiuni de litere, grafeme, cuvinte, înlocuiri, substituiți, inversiuni, adăugiri de grafeme, litere, cuvinte.
- Dislexo-disgrafia spațială sau spațio-temporală se manifestă prin scrierea și citirea în diagonală, prin prezența unor forme de separare a cuvintelor în silabe, prin scrierea ondulată.
- Dislexo-disgrafia pură sau consecutivă ce apare în asociere cu alte deficiențe ca: afazia, alalia, hipoacuzia
- Dislexo-disgrafia motrică ce apare în situația unor tulburări de motricitate și psihomotricitate și duce la aspectul neîngrijit al scrisului, ilizibil în cele mai multe cazuri precum și la dificultăți de înțelegere.
- Dislexo-disgrafia lineară constă în incapacitatea trecerii de la un rând la altul, omiterea unor pasaje, sărirea peste spații; ea este mai accentuată în scris.

Etape și obiective în corectarea dislexo-disgrafiei:

1. Diagnosticarea (diagnostic general și specific)

Obiective pentru diagnosticul general:

- nivelul de înțelegere al vorbirii
- starea auzului, văzului, motricității
- pronunția sunetelor

Obiective pentru diagnosticul specific:

- orientarea spațială și temporală
- elemente de lateralitate
- orientare în spațiul paginii
- cunoașterea grafemelor
- tipuri de erori

2. Etapa de prelexie și pregrafie

Obiective pentru pregătirea psihomotorie:

- dezvoltarea forței musculare și posibilitatea de dirijare a acestora
- dezvoltarea mișcărilor de finețe a brațelor și ale mâinilor
- educarea mâinii dominante
- coordonarea mișcării, respirației, vorbirii
- pregătirea generală grafomorfică prin exersarea manualității
- exersarea prin desen
- stabilizarea lateralității și a coordonării oculomotorii

Obiective pentru pregătirea limbajului verbal:

- educarea deprinderilor de articulare corectă a eventualelor sunete deficitare
- educarea și dezvoltarea auzului și percepției auditive
- identificarea atributelor sunetelor



Obiective pentru formarea conduitelor perceptiv-motrice:

- identificarea culorilor
- perceperea formelor
- formarea percepțiilor formelor grafice
- formarea percepțiilor de mărime și cantitate
- formarea percepțiilor spațiale - poziția, direcția, relația
- formarea percepțiilor temporale
- identificarea ordinii cronologice
- cunoașterea schemei corporale

Obiective pentru dezvoltarea abilităților vizual-auditive:

- dezvoltarea acuității vizuale
- percepția formelor și culorilor
- percepția imaginilor
- coordonarea oculo-motorie
- discriminarea fond-formă
- discriminarea simbolurilor
- dezvoltarea memoriei vizuale
- dezvoltarea acuității auditive
- diferențierea sunetelor
- discriminarea verbală
- perceperea și decodarea vorbirii
- dezvoltarea coordonării între sunet și mișcare
- dezvoltarea memoriei audio-vizuale



3. Etapa inițierii în actul lexico-grafic

Obiective :

- recunoașterea și identificarea literelor
- reproducerea și însușirea literelor
- învățarea grefo-lexică a vocalelor
- învățarea grafo-lexică a consoanelor
- diferențierea grafo-lexică a grafemelor care sunt asemănătoare grafic și/sau acustic

4. Etapa învățării grafo-lexiei silabelor

5. Etapa învățării grafo-lexiei cuvintelor

Obiective :

- recunoașterea și reproducerea în scris-citit a cuvântului
- analiza și sinteza lexică și grafică a cuvintelor
- despărțirea corectă în silabe și scrierea corectă a cuvintelor
- citirea corectă a cuvintelor
- scrierea și citirea diftongilor, triftongilor vocalici și consonantici
- perfecționarea scrierii și citirii cuvintelor

6. Etapa însușirii citit-scrisului propozițiilor

Obiective :

- recunoașterea și reproducerea propozițiilor
- consolidarea propozițiilor

7. Etapa textelor

Obiective :

- scrierea-citirea unor texte scurte
- perfecționarea scris-cititului

Bibliografie :

Ecaterina Vrăsmaș , Cornelia Stănică – Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice – EDP București 1997
Coord. Constantin Păunescu – Introducere în logopedie – vol I – EDP București 1976
Iolanda Mititiuc – Probleme psihopedagogice la copilul cu tulburări de limbaj – Ed. Ankarom Iași 1996

În societatea actuală se pune stringent problema integrării copiilor cu cerințe educaționale speciale în cadrul unităților școlare obișnuite, alături de ceilalți copii. Educația sau școala inclusivă implică cu necesitate pregătirea de ansamblu a școlii și societății, pentru a primi și satisface participarea persoanelor cu deficiențe la medii școlare și sociale obișnuite, ca elemente componente naturale ale diversității umane, cu diferențele ei specifice. Abordarea inclusivă susține că școlile au responsabilitatea de a-i ajuta pe elevi să depășească barierele din calea învățării.

Integrarea școlară reprezintă o particularizare a procesului de integrare socială a acestei categorii de copii, proces care are o importanță fundamentală în facilitarea integrării ulterioare în viața comunitară, prin formarea unor conduite și atitudini, a unor aptitudini și capacități favorabile acestui proces. Integrarea copiilor cu CES permite, sub îndrumarea atentă a cadrelor didactice, perceperea și înțelegerea corectă de către elevii normali a problematicii și potențialului de relaționare și participarea lor la serviciile oferite în cadrul comunității. Copiii cu cerințe educative speciale integrați în învățământul de masă trebuie să dispună de o bună colaborare între cadrele didactice de la clasă, părinți, psihologi (psihopedagogi), profesorul logoped și medicul specialist.

Părinții sunt parteneri la educație pentru că dețin cele mai multe informații despre copiii lor. Relația de parteneriat între părinți și școală presupune informarea părinților cu privire la programul școlar, la conținuturile și metodele didactice, dar presupune și ședințe cu aceștia și participarea lor la expoziții, drumeții, excursii, serbări, vizite, în care sunt implicați proprii lor copii. Părinții informează și despre factorii de influență negativă care ar trebui evitați (fobii, neplăceri, stimuli negativi, atitudini, care determină inhibarea / izolarea copiilor). Școala are rolul de a sprijini familiile să aibă încredere în resursele proprii, să facă față greutăților cu care ele se confruntă.

Formele de integrare a copiilor cu CES pot fi următoarele: clase diferențiate integrate în structurile școlii obișnuite, grupuri de câte doi-trei copii deficienți incluși în clasele obișnuite, integrarea individuală a acestor copii în aceleași clase obișnuite. Elevii cu C.E.S. au nevoie de un curriculum planificat diferențiat, de programe de terapie lingvistică, de tratament logopedic specializat, de programe specifice de predare, învățare și evaluare specializate, adaptate abilităților lor de citire, scriere, calcul, de programe terapeutice pentru tulburări motorii. De asemenea vor beneficia de consiliere școlară și vocațională personală și a familiei. Stilul de predare trebuie să fie cât mai apropiat de stilul de învățare, pentru ca un volum mai mare de informații să fie acumulat în aceeași perioadă de timp. Acest lucru este posibil dacă este cunoscut stilul de învățare al copilului, dacă este făcută o evaluare eficientă care ne permite să știm cum învață copilul, dar și ce și cum este necesar să fie învățat. De asemenea copiii au nevoie de ajutor suplimentar din partea profesorilor și colegilor, fiind nevoie să primească în activitatea școlară conținuturi și sarcini simplificate. Profesorul poate folosi în procesul de predare-învățare-evaluare diverse strategii și

intervenții utile: crearea unui climat afectiv pozitiv, stimularea încrederii în sine și a motivației pentru învățare, încurajarea sprijinului și cooperării din partea colegilor, formarea unei atitudini pozitive a colegilor, încurajarea independenței, creșterea autonomiei personale.

Unii elevi au nevoie de o terapie a tulburărilor de vorbire și de limbaj și de consiliere individuală și de grup pentru sprijinirea integrării pe plan social. Copiii cu tulburări / deficiențe de limbaj și comunicare trebuie cuprinși în activitatea de terapie logopedică desfășurată de profesorul logoped. Colaborarea dintre profesorul logoped, cadrul didactic de la clasă, consilier, medicul specialist și părinți este extrem de importantă, ea venind în sprijinul dezvoltării optime a potențialului copiilor cu dizabilități. În sprijinul logopedului, cadrul didactic de la clasă poate desfășura o activitate susținută pentru dezvoltarea / exersarea auzului fonematic și a respirației verbale, dezvoltarea vocabularului uzual / funcțional și exersarea comunicării, exersarea / dezvoltarea psiho – motricității, motivației și afectivității. Aplicarea corectă și la timp a măsurilor de prevenire a tulburărilor de limbaj este de natură să conducă la raporturi normale între subiect și ceilalți membri ai mediului social apropiat, precum și la eliminarea posibilităților de agravare și fixare a unor complicații psihice și neuropsihice a personalității copilului. Pe parcursul dezvoltării psihologice a copilului un salt calitativ în dezvoltarea gândirii atrage după sine un salt calitativ în dezvoltarea limbajului și invers. Terapia logopedică cu copiii implică și participarea părinților sau a adulților care se ocupă de creșterea și educarea lor. Ceea ce se lucrează în cabinetul de logopedie trebuie repetat și acasă.

Educarea complexă a persoanelor cu tulburări de limbaj înseamnă nu numai o muncă logopedică în sensul strict al cuvântului, ci și o abordare complexă a personalității copilului. Tratamentul logopedic exercită o puternică influență asupra întregii personalități a copilului, precum și asupra raporturilor sale cu mediul social în care trăiește. Copilul trebuie ajutat să se autocunoască pentru a-și putea elimina complexe de inferioritate, pentru a avea încredere în sine, pentru a-și cultiva dorința de a comunica. În acest sens colaborarea între logoped și psiholog are un rol important.

Integrarea copiilor cu CES conferă instituției școlare rolul de componentă fundamentală a sistemului social, aptă să răspundă concret imperativelor de moment ale evoluției din societatea contemporană și să rezolve o serie de probleme referitoare la nevoile de acceptare / valorizare socială a fiecărui individ și la capacitatea acestuia de a se adapta și integra într-o societate aflată în continuă transformare.

Necesitatea intervenției logopedice precoc în cazurile de balbism la preșcolari

**prof. logoped Luiza Vasilescu
Centrul Logopedic Interșcolar nr. 1**

M-am gândit la această temă din perspectiva a trei copii preșcolari luați în terapie cu diagnosticul de balbism, care m-au ajutat să înțeleg ceea ce citisem despre acest subiect. Formarea în psihodramă, posibilitatea de a lucra cu un grup de părinți ai unor copii logopați mi-au deschis ochii asupra importanței părinților ca terapeuți ai dezvoltării propriilor copii, a importanței atitudinii acestora față de copil și de nevoile acestuia.

Pentru a-i putea transforma pe părinți în parteneri ai procesului terapeutic, de o mare importanță s-a dovedit a fi crearea unui climat de încredere a terapeutului în capacitățile părintelui și totodată diminuarea și stoparea sentimentelor de stânjeneală, de rușine și de culpabilitate ale acestora. Acestea apar ca urmare a unor prejudecăți traduse în “etichete” de tipul copil care se bâlbâie= mamă prea exigentă sau nevrotică, mediu perturbat, copil care nu este iubit,

Am abordat relația din perspectiva nevinovăției părinților, desemnându-i actori ai schimbărilor de dorit, evitând imaginea de mamă bună sau de salvator, evitând rețetele și siguranța superioară a celui care știe de ce și cum.

A face “ consiliere parentală” înseamnă a da informații despre factorii actualmente recunoscuți ca putând declanșa, favoriza și apoi croniciza bâlbâiala, a da informații în ceea ce privește sentimentele exprimate de părinți, a-i asculta și a-i înțelege , a promova schimbări de comportamente la aceștia. A avea un copil care se bâlbâie este dureros pentru părinte, dar această situație poate fi transformată ca o sursă de îmbogățire a relației părinte-copil care se bâlbâie, părinte- ceilalți membrii ai familiei.

De ce intervenție precocă?

Deoarece bâlbâiala începe în copilărie și la peste 75% din cazuri înainte de 3 ani și jumătate, conform studiului(Yairi, 1997) celui mai recent; dacă începe la vârsta adultă, asta se întâmplă, în general, în timpul unui accident cerebral sau al unui traumatism.

Ea afectează toate naționalitățile cu o prevalență de 1%(procentaj de persoane bâlbâite într-o populație de referință) și o incidență de 4-5%(riscul de a deveni bâlbâit).

Perioada de achiziție cea mai intensivă a vorbirii și a limbajului este cea care coincide cel mai adesea cu dezvoltarea unei bâlbâieli.

Se consideră că între 40 și 80% dintre copiii bâlbâiți nu vor mai fi așa la adolescență; punând aceste procente în raport cu marea probabilitate de vindecare în timpul copilăriei timpurii, este normal să se insiste asupra necesității imperative a intervenției precoc. Ideea încă larg răspândită și astăzi potrivit căreia copiii se vor vindeca spontan este o idee împotriva căreia trebuie luptat.

Ce trebuie știut:

- Instalarea bâlbâielii poate fi foarte bruscă- între o zi și o săptămână pentru aproximativ 50% dintre ei.
- Există o relație între precocitatea tulburării și severitatea sa .
- Cu cât debutul este mai precoc, cu atât pronosticul este mai bun, dar pronosticul este mai puțin bun dacă debutul este brutal.
- Cu cât copilul se va fi bâlbâit mai mult timp, cu atât îngrijirea va fi mai lungă.

Conform a numeroase studii recente există factori favorizanți sau explicativi, factori declanșatori și factori care cresc riscul de cronicizare.

Anne-Marie Simon numește “ factori explicativi” acei factori care au favorizat apariția a numeroase studii ; de asemenea acestea nu sunt în măsură să determine, pentru cea mai mare parte dintre ei, dacă se află la

originea tulburării sau nu sunt decât consecințele ei. Fie că ei *Predispun* copilul să fie expus riscului de a deveni bâlbâit, fie că au *Precipitat* tulburarea prin elemente care nu pot fi identificate în momentul în care părinții consultă un medic, fie că ei *Perpetuează* tulburarea = 3P(Shapiro, 1999), acești factori țin de toate sferele vieții copilului, de constituția, de dezvoltarea sa, de mediul său înconjurător.

Factorii fiziologici ai bâlbâielii sunt:

- **factori personali ai copilului:** constituția sa legată de funcționarea centrală a creierului și de nivel periferic pentru producerea vorbirii (articulație, respirație, fonațiune), precum și terenul genetic pot fi terenuri fragile în care bâlbâiala își poate găsi sursa.
- **factori legați de dezvoltarea copilului,** fie că este vorba despre limbaj, despre inteligență sau afectivitate, depind în mod direct în același timp de datele personale ale copilului și de interacțiunile în cadrul cărora se exercită capacitățile sale.
- **rolul jucat de mediul înconjurător** , în sens restrâns, cum ar fi relațiile în sânul familiei, și în sens larg, cum ar fi tensiunile legate de ritmurile cotidiene.

Factori declanșatori:

Evenimente din viața cotidiană: mutarea, nașterea unui frate mai mic, schimbarea patului, intrarea la grădiniță sau la școală, despărțiri, orice traumatism afectiv (conflicte ale părinților, doliu) sau sursă de tensiuni.

Trecere la cronicitate:

- reacții ale copilului la tulburarea sa.
- atitudini ale anturajului(în primul rând părinți) în fața apariției acestei tulburări: părinții se încruntă, își întorc privirea, îl întrerup, vorbesc în locul lui sau își multiplică întrebările nerăbdători ceea ce duce la o presiune , atât temporală, cât și afectivă, care îi va spori dificultatea.
- reacțiile copilului la atitudinea anturajului când el se bâlbâie: culpabilitate, neliniște, atitudini de închidere, de mânie sau de tristețe...
- eforturi ale copilului pentru a vorbi bine.
- trăsături lingvistice ale părinților în timpul conversațiilor cu copilul lor bâlbâit:
 - conversații într-un ritm prea rapid;
 - pauze insuficiente între replici, astfel încât copilul să și poată organiza gândurile;
 - întreruperi ale copilului când se străduiește să vorbească;
 - exprimarea față de copil a nerăbdării părinților în așteptarea răspunsului.
- tulburări asociate în sfera dezvoltării lingvistice: întârziere în domeniul fonologic, lexical sau morfosintactic constituie terenul pe care bâlbâiala își poate înfige rădăcinile. De asemenea tulburările de comportament trebuie și ele luate în considerare, deoarece contribuie la menținerea unei tensiuni în care coordonarea vorbirii, precum și stăpânirea de sine nu se pot dezvolta.

Deoarece balbismul este o tulburare complexă ce afectează întreaga viață a familiei este necesar ca abordarea terapeutică să includă toți membrii familiei, respectiv părinții copilului care se bâlbâie, copilul și eventual frații mai mari.

Este important ca prima întrevedere să se desfășoare în prezența ambilor părinți, pentru că fiecare caută motivul tulburării copilului lor și amândoi trebuie să devină conștienți de suferința copilului și de ce schimbări trebuie să facă, pentru minim 6 luni pentru a observa o schimbare.

Informațiile , reflecțiile și măsurile propuse părinților se circumscriu, în mod schematic , în trei domenii de acțiune, acestea avînd un caracter intricat și interdependent: - comunicarea;

- presiunea timpului;
- așteptările cu privire la copil;

În balbism nu există rețete . De aceea intervenția terapeutică trebuie să fie globală, să se bazeze pe informațiile furnizate de părinți, pe observația directă a membrilor familiei și pe examinarea complexă a copilului.

Întrucât tema acestei prezentări vizează copilul preșcolar voi trasa câteva particularități ale intervenției logopedice.

- Terapia prin joc care nu se poate face în grup, are nevoie de o relație univocă, duală. Este necesară o cameră cu jucării, primul contact al copilului cu jucăriile oferind informații importante. Este bine ca să fie lăsat copilul să se joace singur, să construiască scenarii , să facă reflecții cu voce tare și ulterior, într-o altă etapă să treacă la vorbirea cu terapeutul.
- Terapia prin desen oferă posibilitatea de a exprima lucruri care nu sunt conștientizate sau pe care copilul nu le poate exprima verbal (sentimente, frustrări, agresivitate, disconfort, rușine,...), fiind prea mic.
- Psihodrama , în forma ei redusă la o singură persoană și care poartă numele de monodramă. Este o metodă foarte bună în cazul copiilor timizi, a celor cu dificultăți de comunicare și de relaționare cu unii adulți semnificativi din viața lor, dar mai ales cu cei egali lor. Psihodrama permite lucrul în semi-realitate dar și pe cel în “ aici și acum” , ceea ce permite găsirea unor soluții posibile, realiste pentru problemele copilului. Important este că soluția este găsită de copil, trăită de acesta, rolul terapeutului fiind acela de a găsi acele scene, de a conduce desfășurarea lor astfel încât copilul să poată să verbalizeze singur soluția. Ținând cont de vârsta relativ mică a subiecților această metodă nu poate fi aplicată în varianta ei riguroasă decât unui număr mic de copii care au un nivel intelectual peste medie, capacitatea de autorefecție, stabilitate și concentrare pe sarcină. Ne putem folosi însă și de forme simple, adaptate subiectului din fața noastră ale tehnicilor psihodramatice.
- Teatrul de marionete și interpretarea unor povești semnificative, metaforice.

În finalul acestei expuneri vreau să reamintesc importanța și necesitatea intervenției logopedice precoc care permite diminuarea și stoparea suferinței copilului și a familiei acestuia. Intervenția precoc scade riscul de cronicizare , diminuează timpul necesar intervenției și crește șansele de vindecare grabnică.

Studiu de caz

D. Dinu – născut în mai 1999

Date despre copil: copil unic al unei familii în care tatăl este cadru universitar la Fac. de Fizică, platforma Măgurele iar mama este implicată într-o organizație ce gestionează fonduri europene pentru mediu, călătorind foarte mult.

Bunicii din partea ambilor părinți sunt implicați în creșterea și îngrijirea copilului.

Factori favorizanți:

□ factori legați de dezvoltarea copilului:

1. Limbajul copilului este foarte elaborat. Acesta deține un bagaj impresionant de cunoștințe, mai ales în domeniul animalelor și legat de acestea multe informații de ecologie.

- dezvoltare mult peste medie a limbajului

2. Factori afectivi – copilul nu se simte bine la grădiniță , fiind respins de colegi

- conflicte zilnice cu bunicul matern, acesta este sever și intolerant

3. Dezvoltare cognitivă – superioară, peste medie, nefiind însă suprasolicitat

4. Factori de personalitate - timid, introvertit, visător, dificultăți de relaționare cu egalii

- anxios
- o perioadă de timp și-a ros unghiile
- răsfățat, mai ales de bunice

□ Mediul înconjurător

- relație perturbată cu bunicul matern, asemănătoare cu relația pe care mama o are cu tatăl(adeseori țipă unul la altul în timpul unei discuții în contradictoriu)
- plecările dese ale mamei, programul prelungit de muncă, uneori și 12 ore
- mama caracter voluntar, de luptătoare, foarte hotărâtă în tot ceea ce face
- tatăl blând, domol
- nu există tensiuni legate de ritmurile cotidiene
- frecventează o grădiniță din apropierea casei, programul fiind până la prânz.
- respingere reciprocă a băieților din grupă

Factori declanșatori - schimbarea grupei, a educatoarei

- conflicte cu băieții, respingere
- uneori dificultăți de relaționare și în parc - reușește să-i facă pe ceilalți copii să se coalizeze împotriva lui

Terapia s-a desfășurat în două etape:

Prima etapă – iunie 2005

Prima întâlnire – copilul împreună cu tatăl

Copilul nu s-a bâlbâit deloc în prezența mea și a tatălui.

Tulburarea apăruse cam de 6 luni, fiind ciclică și totuși îngrijorătoare. N-au știut cui să se adreseze. Copilul a venit din sectorul 6, la recomandarea mamei unui fost logopat, mamă care a participat la ședințele de grup cu părinții și care avea o mare încredere în mine .

Consilierea tatălui privind modalități de relaționare , de comunicare cu copilul

Prima întâlnire cu copilul s-a desfășurat prin intermediul desenului, copilul având aptitudini deosebite . a realizat o serie de desene ale unor ființe imaginare numite Pantagruelle(fără legătură cu personajul poveștii franceze). Erau ființe ce trăiau pe uscat sau în apă, unele erau bune și altele înfricoșătoare. Dinu a vorbit cu mare plăcere, fără dificultate, oferind numeroase detalii.

A doua întâlnire – copilul împreună cu mama.

Copilul s-a bâlbâit în câteva rânduri, maxim de 10 ori.

Ascultarea mamei și a perspectivei ei asupra tulburării. Acceptarea cu realism a situației, a înțelegerii importanței prezenței ei în viața copilului, a posibilității ca timpul scurt petrecut cu copilul să favorizeze instalarea tulburării, reflectarea la posibilitatea de a fi o mamă autoritară, cu expectații mari de la copil. Chiar dacă nu sunt verbalizate acestea tot crează tensiune. Discuție pe tema schimbărilor, a ritmului vorbirii, a importanței mesajului comunicat de copil, a consolidării sentimentului că este ascultat de mamă. Discuție cu privire la relația cu tatăl său. Conștientizarea că ea trebuie să fie tolerantă, să încerce să schimbe relația schimbându-și comportamentul său vis-a-vis de tată.

Următoarele luni bâlbâiala copilului a dispărut , pentru a reveni în forță, după sărbătorile de iarnă, pe la mijlocul lunii ianuarie 2006, odată cu reîntoarcerea la grădiniță.

În toamnă copilul a schimbat grupa de copii, trecând la altă educatoare mai ” bună”. Au apărut dificultăți de adaptare, de fapt de relaționare , cel care a respins fiind Dinu. Ulterior a fost respins de ceilalți băieți. Se înțelegea mai bine cu fetele.

După o pauză lungă copilul a resimțit ca pe o suferință reîntoarcerea la grădiniță.

A doua etapă – februarie 2006 – iunie 2006

Prima întâlnire: copil și ambii părinți

Am discutat despre schimbările ce au survenit în perioada în care nu ne-am văzut, despre ceea ce cred părinții că ar fi factorul care a determinat revenirea în forță a tulburării. Copilul se bâlbâia aproape la fiecare cuvânt spus. Am hotărât să ne vedem săptămânal.

Întâlnirile au fost centrate într-o primă fază pe terapia prin joc cu ajutorul jucăriilor de pluș. Foarte rapid bâlbâiala a dispărut în relația cu mine, dar revenea în momentele de tensiune acasă și la grădiniță.

Am ales apoi întâlnirea de tip psihodramatic ce a permis soluționarea dificultăților prin autocunoaștere, prin posibilitatea de a se privi din perspectiva colegilor săi și de a face schimbări privind noi abordări ale relațiilor. Valorizarea colegilor a fost o activitate care i-a permis să-i accepte ca parteneri egali. Punerea în scenă a unor jocuri în care el să fie inițiatorul. Folosirea fetelor ca aliate ale sale.

Punerea în scenă a conflictului cu bunicul. Revelația că în ciuda comportamentului uneori prea rigid, a faptului că bunicul ridică tonul cu ușurință acesta îl iubește. S-a văzut pe sine din perspectiva bunicului și a devenit mai conciliant cu acesta, a renunțat să-l mai provoace.

Am realizat întâlniri cu ceilalți membrii ai familiei în care a putut exprima ce așteptări, ce dificultăți are în relațiile cu aceștia.

Începând cu a doua jumătate a lunii aprilie, timp de 6 săptămâni a făcut parte dintr-un grup de psihodramă pentru copii, numărul acestora fiind de 6. A putut experimenta într-un mediu securizat tehnicile de relaționare învățate. A căpătat încredere în sine în relație cu ceilalți. Participarea sa a fost o reușită, copilul nu s-a bâlbâit niciodată.

Dar lucrul cel mai important, băieții de la grădiniță i-au devenit prieteni, astfel că ziua lui , în luna mai 2006, când a împlinit 7 ani a sărbătorit-o la grădiniță

cu toți copiii . Timp de trei ore a fost o petrecere foarte reușită.

Fiecare întâlnire cu copilul a fost dublată de convorbiri telefonice cu mama care mi-a oferit un permanent feedback.

Am întrerupt întâlnirile în iunie 2006, copilul fiind vindecat.

Am vorbit cu mama cam prin luna noiembrie 2006. Atunci mi-a cerut sfatul într-o altă problemă. Copilul nu s-a mai bâlbâit.

Preocuparea principală a școlii incluzive este aceea a utilizării pedagogiei centrate pe copil, pedagogie capabilă să ofere educarea tuturor copiilor, inclusiv a celor ce prezintă dizabilități, oferind astfel un climat favorabil dezvoltării armonioase și echilibrate a personalității acestora. Sensul integrării-incluziunii atinge o sferă extinsă, referindu-se, pe lângă educația copiilor cu dizabilități și la inserția socială și profesională a acestora. Aceasta presupune ca persoana cu nevoi speciale să obțină autonomie socială și personală, respect, demnitate, un loc de muncă precum și posibilitatea de a lua decizii alături de persoanele normale din societate. Conform principiului normalizării, toți copii, indiferent de tipul și gradul deficienței au acces în mod egal la instrucție și educație, la șanse egale de integrare în societate. Astfel este necesar să se asigure servicii de specialitate (consiliere psihologică, recuperare, terapie educațională, consiliere școlară, asistență medicală și socială), de încurajare a relațiilor de prietenie și de comunicarea între toți copii din clasă/școală, de înțelegere și acceptare a diferențelor dintre ei.

Integrarea parcurge mai multe etape: identificarea cazurilor, evaluarea, integrarea într-o școală de masă, numirea unui profesor itinerant, elaborarea de către acesta a unor planuri de intervenție personalizate în funcție de palierele cognitive și educaționale rămase în urmă, colaborarea profesorului itinerant cu toți factorii implicați în gestionarea cazului (managerul școlii, părinții copilului, învățătoarea, consilierul clasei, profesorii de la clasă în care elevul a fost integrat).

Legislația în vigoare prevede un număr de două ore pe săptămână cu profesor itinerant pentru fiecare copil cu deficiențe integrat în școala de masă. Întrebarea ce se impune este următoarea: *Sunt suficiente două ore pentru recuperarea acestor elevi?* Experiența ne-a demonstrat că nu. Programele școlare sunt încărcate, materia predată într-o săptămână, nu poate fi recuperată și aprofundată de către profesorul de sprijin în două ore. Ne întrebăm atunci: *se realizează practic recuperarea acestor copii? Sau totul este formal?* Dacă un copil cu dizabilități a fost depistat și diagnosticat timpuriu (grădiniță, începutul clasei I) recuperarea este posibilă prin lucru individual zilnic cu acesta, folosindu-se încurajarea și metode individualizate. Dacă așa stau lucrurile în cazul copiilor cu vârstă școlară mică, în cazul copiilor din clasele mai mari recuperarea se realizează mai greu sau deloc ori în cel mai fericit caz, dacă nu abandonează cursurile, aceștia ajung în școlile speciale. Educația elevilor cu dizabilități se face diferențiat pe baza unor planuri de servicii și a unor planuri de intervenție personalizate, planuri ce sunt elaborate în funcție de caracteristicile psiho-educaționale individuale și prin colaborarea mai multor specialiști din domeniul medical, social, pedagogic, psihologic și al psihopedagogiei speciale. Pentru aceasta este nevoie să se elibereze un certificat de orientare școlară și profesională de către Comisia de Evaluare Complexă de la nivel de sector în cazul Municipiului București, certificat în baza căruia este numit un profesor itinerant care să gestioneze evoluția elevului cu dizabilități.

Printre cauzele rămânerii în urmă la învățătură amintim substimularea intelectuală a copilului. Observând că rezultatele școlare sunt slabe, părinții și cadrele didactice “îl abandonează”, renunță să îl stimuleze intelectual. Învățătorul îl “menajează” fără să îi pretindă să depună efort intelectual. În felul acesta dezvoltarea intelectuală se oprește la un nivel care este sub posibilitățile reale ale elevului. O altă cauză ar putea fi formularea unor pretenții exagerate în raport cu capacitățile copilului, acest lucru facilitând apariția complexelor și a unor dezechilibre emoționale. S-a constatat că la elevul ce își conștientizează dizabilitatea apar sentimente de inferioritate, nesiguranță, neîncredere în sine, anxietate, se simte marginalizat și neînțeles de colegi. Fiind puși într-o situație stânjenitoare, unii încearcă să evadeze din situație și să evite pedepsele prin fugă de la școală sau/și de acasă, manifestând astfel tulburări comportamentale.

După părerea noastră pentru o reușită deplină a integrării copiilor cu dizabilități /cerințe educative speciale într-o școală de masă, este nevoie de parcurgerea în timp a mai multor etape distincte prin care se urmărește asigurarea condițiilor optime pentru o nouă formă de organizare a școlii și a curriculumului aplicat în școala respectivă. Este important să sensibilizăm mediul educațional (începând de la conducerea școlii, continuând cu colectivul de cadre didactice, elevii, personalul administrativ al școlii, părinții copiilor) în ceea ce privește problemele acestor copii. Considerăm că această sensibilizare se

poate realiza prin derularea unor traininguri de informare a personalului didactic din școlile incluzive în vederea deschiderii acestora spre acceptarea diversității copiilor și pentru a realiza actul de predare-învățare pe baza abordării centrate pe copil. Acolo unde există deschidere din partea învățătorului, pot apărea nemulțumiri din partea părinților copiilor normali, ce consideră existența copiilor cu dizabilități în clasă ca pe un factor perturbator al actului învățării.

În acest sens considerăm că ar fi necesar ca în cadrul școlilor să se desfășoare ședințe cu părinții pentru a-i sensibiliza și a-i informa cu privire la paleta complexă de deficiențe ce pot apărea în primii ani de grădiniță și școală, dacă copii nu sunt stimulați și ajutați să depășească dificultățile pe care le întâmpină - o deficiență de limbaj, spre exemplu. Cu atât mai mult, s-a demonstrat că majoritatea acestor copii provin din familii defavorizate cu un nivel educațional și material scăzut, acest lucru făcând recuperarea mai greu de realizat. Din discuțiile purtate cu părinții se poate deduce insuficienta preocupare a cadrelor didactice pentru recuperarea acestor copii. Numărul mare de elevi de la clasă, existența unor programe încărcate, insuficienta pregătire psihopedagogică a învățătorului fiind principalele cauze ce favorizează apariția eșecului școlar. Considerăm că ar fi necesară introducerea în fișa de evaluare a cadrului didactic a unui item în care să se regăsească progresul elevilor cu dizabilități existenți în clasă. Binevenite ar fi susținerea unor cursuri legate de problematica persoanelor cu dizabilități încă din timpul pregătirii profesionale, din timpul studiilor universitare, precum și implicarea inspectoratelor școlare și a Casei Corpului Didactic în susținerea unor astfel de cursuri. În prezent sprijinul pe care îl primesc cadrele didactice în școli, în cazul copiilor cu CES este reprezentat de către profesorii itineranți, aceștia fiind într-un număr total insuficient.

Profesorul itinerant obține informațiile inițiale despre elev prin teste psihologice, probe școlare, observații, discuții cu profesorii și cu familia, prin analiza produselor activității. Stabilește un diagnostic prezumtiv și anticipează obținerea unor rezultate propunându-și un număr de obiective ce vor fi atinse pe parcursul intervenției educativ-terapeutice. Profesorul itinerant este "actorul educațional" ce mediază relația elev-părinte-învățător-profesor-colegi și consiliază elevul, astfel încât acesta să recupereze deficiența pe care o prezintă.

Pot aprecia că nu există "rețete" pentru integrarea copiilor cu CES în învățământul de masă. Cei care manifestă deschidere pentru integrarea acestora vor găsi și strategiile potrivite. Fiecare copil are dreptul la educație și merită să i se acorde o șansă. Învățând împreună, copii se acceptă unul pe altul și se ajută la nevoie. Astfel se încurajează încă din primi ani de școală deschiderea către diversitate și toleranță.

Drumul spre normalizare este lung și se realizează anevoios. Pentru ca educația copiilor cu cerințe speciale să fie eficientă, pe de o parte trebuie să aibă un caracter integrat (să nu rupă copilul de familie și societate și să nu-l izoleze în instituții), iar pe de altă parte să aibă un caracter diferențiat, să fie adaptat particularităților fiecărui elev. Educația integrată este un act responsabil, asumat de personalul școlii, de comunitate, de familie și nu trebuie perceput ca un proces de „subminare” a școlilor obișnuite, ci ca un proces de normalizare a vieții persoanelor aflate în dificultate (ajunse în această stare ca urmare a unor evenimente independente de voința lor) și ca o măsură de conștientizare a rolului de instituție publică al școlii, în care toți au dreptul să aibă acces în calitate de cetățeni cu drepturi egale ai comunității. Pentru a avea succes și pentru a atinge scopul și obiectivele în raport cu cerințele vieții sociale, școala trebuie să fie deschisă, să ofere o paletă cât mai largă de servicii educaționale care să devină atractive și să satisfacă cerințele elevilor.

Dificultățile ce însoțesc procesul integrării nu sunt generate de natura cerințelor speciale ale elevilor integrați, cât mai ales de modul nostru de a percepe acest proces, unde rolul media de pregătire a societății în ceea ce privește existența persoanelor cu dizabilități este practic inexistent. Așadar, integrarea, în esență, este o chestiune de atitudine, de deschidere a societății către acceptarea diversității.

INCOMPETENȚE ȘI COMPETENȚE ÎN RETARDUL DE LIMBAJ

Liliana Gălbinașu – profesor logoped CLI 6

Viorica Oprea – profesor logoped CLI 6

Definit ca blocaj în ritmul de evoluție și dezvoltare al limbajului, retardul este o categorie diagnostică cu o rată a frecvenței din ce în ce mai extinsă în ultimii ani, afectând până la 15% din populația infantilă.

Retardul nu este însă doar un blocaj, ci și o dezordine în comunicare cu repercusiuni negative asupra evoluției ulterioare a copilului.

Abilitățile de limbaj sunt cel mai relevant indice în reușita școlară. Se estimează că 50% din copii cu tulburări ale limbajului oral în preșcolaritate, dezvoltă ulterior dificultăți de adaptare școlară, tulburări de învățare, tulburări de comportament sau tulburări socio-afective.

Literatura logopedică anglofonă abordează această tulburare a limbajului oral din perspectiva pragmaticii, considerând că retardul verbal este o dezordine în comunicare care cuprinde:

1. dificultăți de învățare a limbajului ca formă;
2. dificultăți de învățare a limbajului ca și conținut;
3. dificultăți de învățare a limbajului ca utilizare.

1. **Dificultățile de învățare a limbajului ca formă** se referă la dizabilități / incompetențe în învățarea categoriilor formale ale limbajului care țin de fonologie, morfologie și sintaxă.

Învățarea fonologică presupune însușirea segmentelor limbii: foneme, silabe, dar și a elementelor suprasegmentale, prozodice.

Învățarea morfologică se referă la însușirea de cuvinte ca atare, fie ele substantive, acționale, relaționale sau instrumentale.

Învățarea sintactică sau gramaticală înseamnă învățarea ordinii ierarhizării și a raporturilor convenționale consacrate în limbă, fiind nivelul cel mai dificil.

2. **Dificultățile de învățare a limbajului ca și conținut** se referă la incompetențe în înțelegerea și învățarea aspectelor semantice ale limbii. Remedierea în acest segment este un demers dificil întrucât presupune activități profund intelectuale, abstracte ca simbolizarea, acordarea de semnificații, codarea, decodarea cuvintelor sau a structurilor verbale. Acum copilul trebuie să înțeleagă și să învețe nu doar cuvinte, ci și noțiuni, concepte, idei, judecăți, raționamente.

3. **Dificultățile de învățare a limbajului ca și utilizare** (pragmatica limbajului). Învățarea limbajului din perspectiva pragmaticii înseamnă saltul de la sunete, cuvinte, semnificații la achiziția instrumentelor comunicaționale de care copilul are nevoie pentru a-și exprima și a-și satisface intențiile, nevoile, drepturile, opiniile.

Copiii cu dificultăți în învățarea limbajului ca utilizare se dovedesc incompetenți în:

- exprimarea cerințelor;
- punerea de întrebări;
- obținere și reținere informațiilor utile;
- realizarea de comentarii;
- continuarea unei idei;
- susținerea unui dialog, conversații;
- asigurarea coerenței și a continuității discursului.

X

X X

Când începem terapia logopedică cu un copil cu Retard de limbaj, primul lucru pe care-l facem este evaluarea pentru a estima “zona proximei dezvoltări”, pentru a inventaria ce poate, ce știe și ce nu știe copilul.

Se vor evidenția dizabilități / incompetențe în toate cele trei arii ale limbajului (formă, conținut, utilizare):

- incompetențe fonologice exprimate în dificultăți de conștientizare fonologice, de operare cu unitățile discrete ale limbii (foneme, silabe);
- incompetențe semantice :
 - nu înțeleg și nu folosesc concepte bazale legate de experiența cotidiană;
 - nu pot defini noțiuni;
 - nu pot clasifica categorii;
 - nu înțeleg aspecte metalingvistice (antonime, sinonime, omonime);
 - nu operează cu contrarii;
 - nu înțeleg relații cauzale;
 - nu sesizează adesea absurdul în imagini;
 - nu folosesc și nu înțeleg cuvinte abstracte, în special cele legate de coordonate spațiale, temporale, adverbe, pronume.
- incompetențe în exprimarea gramaticală:
 - vorbirea este saturată de substantive / verbe;
 - propozițiile sunt scurte, eliptice;
 - lipsesc liantele gramaticale;
 - lipsește adesea pronumele, mai des formele flexionate;
 - nu pot construi fraze prin subordonare;
 - frecvente ecolalii, cuvinte parazitare.

Aceste dizabilități / incompetențe, la care se adaugă și cele amintite mai înainte, ce țin de pragmatica limbajului, conturează profilul unui copil cu Retard verbal.

Într-o asemenea dezordine pe toate palierele comunicării, avem nevoie de o strategie didactică holistică în care să preconizăm cu claritate competențele necesare fiecărei arii a limbajului, conexiunile posibile, materialele și metodele cele mai adecvate.

Programul de recuperare va parcurge etapele firești de dezvoltare a vorbirii. Se va porni de la nivelul la care se află copilul, adică de la ce poate și nu de la ce ar trebui să poată conform vârstei cronologice.

Nu există un profil standard al copilului cu Retard .

Evaluarea este individuală ca și ritmul și etapele ce trebuie parcurse.

Cu privire la ordinea în care dezvoltăm competențele de comunicare în fiecare arie - de obicei, se începe cu competențele morfologice (vocabular). Competențele formale (morfologice) însă se pot cupla cu cele pragmatice prin asocieri. Când învățăm substantive, introducem și adjective și verbe adecvate pentru fiecare categorie asimilată.

Exprimarea propozițională și dezvoltarea competențelor ce țin de structura gramaticală - se dezvoltă gradual, în pași mici. Pentru o înțelegere mai ușoară și o fixare rapidă folosim o anumită strategie: unul din termenii propoziției este constant, fix (fie subiectul, fie predicatul) așa încât copilul exersează conceptele gramaticale într-o varietate de situații. Când introducem pronumele personal, acesta e invariabil, iar verbele diferite.

Exersăm conceptele gramaticale atât la singular cât și la plural, dar și în exerciții structurale: propoziții afirmative, interogative, exclamative, negative.

Liantele gramaticale, care ridică adesea mari probleme, sunt inițial învățate în situații concrete în care același subiect se găsește în poziții diferite: în, pe, sub, lângă, între, dedesubt, deasupra etc.

Pentru consolidare folosim imagini în care același subiect este într-o anumită relație față de un obiect constant.

Extensia propoziției și formarea de fraze mai complexe poate fi realizată cu ajutorul imaginilor preluate din Testul de vocabular TACL (44 imagini).

Când limbajul s-a mai structurat, putem trece la exerciții mai dificile care vizează competențe semantice :

- enumeră elementele unei categorii și apoi identifică elementul intrus;
- recunoaște un obiect după descriere;
- operează cu categorii metalingvistice: antonime, sinonime, omonime;
- definește noțiuni;
- face comparații;
- dezvoltă propoziții cauzale: dacă ..., atunci;
- completează propoziții lacunare;
- sesizează absurdul în imagini;
- așază în ordine imaginile unei povestiri;
- corectează propoziții formulate greșit de logoped.

Între 5-6 ani copilul trebuie să aibă competențe fonologice. Aceste competențe sunt uneori dificile pentru copilul cu Retard, dar esențiale pentru parcursul școlar ulterior.

Ni se pare important să precizăm că, înainte de a trece la operații de conștientizare fonologică, trebuie să ne asigurăm că preșcolarul înțelege noțiuni abstracte ca primul, la mijloc (în interior), următorul, ultimul (la sfârșit). Vom exersa aceste noțiuni în activități cu obiecte concrete și abia apoi vom trece la exerciții de discriminare auditivă a poziției unui sunet / unei silabe în cuvânt.

BIBLIOGRAFIE

- 1) L.Bloom: „Language Development and Language Disorders”; New York; Wiley;1978.
- 2) D.Ungureanu: „Copii cu dificultăți de învățare”; E.D.P; București 1998.
- 3) E.Vrășmas(coordonator): „Să învățăm...cu plăcere. Fișe de exerciții logopedice în comunicarea orală și scrisă” Ed.Revistei Învățământul Preșcolar; București, 2007



TERAPIA COMPORTAMENTALĂ ȘI COGNITIVĂ A TULBURĂRILOR DE RITM ȘI FLUENȚĂ

-recenzie-

Autori: Juliette de Chassey, Sylvie Brignone

Traducere din franceză: Georgeta Burlea

Nr. pagini: 204

Colecția: Psihologie clinică și psihoterapie

Coordonator: Ion Dafinoiu

Editura: POLIROM, Iași, 2008

“Pacienții noștri sunt cei care ne învață ce este esențial.” (autoarele)
Autoarele sunt logopezi specializați în terapiile cognitiv-comportamentale. Predau terapia balbismului la Universitatea Claude-Bernard din Lyon și fac parte din Association Parole-Begaieiment.

Apărută în urma a 15 ani de practică și de întrebări, această lucrare s-a îmbogățit pe măsură ce a fost scrisă, lucru ce reflectă atitudinea plină de “umilință” a autoarelor în fața suferințelor umane, o permanentă căutare, o continuă îmbunătățire a tehnicilor, dar, mai ales, reflectă un neobosit lucru cu sine, fapt care constituie pentru noi, cei interesați de acest domeniu, un excelent model.

Lucrarea de față realizează o **legătură** între reeducarea logopedică a balbismului și terapia cognitiv-comportamentală, legătură care apare astăzi ca fiind **indispensabilă în tratarea pe deplin a acestei afecțiuni**.

Terapia cognitiv-comportamentală ajută la identificarea factorilor ce contribuie la apariția și menținerea balbismului. Această etapă n-ar trebui să lipsească din tratarea afecțiunii.

Volumul se adresează terapeuților, precum și persoanelor afectate de balbism care doresc să cunoască mai multe lucruri despre propria tulburare. Logopezilor, lucrarea le oferă instrumente utile pentru îmbunătățirea manierei lor de lucru cu pacienții.

Lucrarea conține o parte teoretică, necesară pentru înțelegerea funcționării și a eficienței acestui tip de terapie, precum și studii de caz ce descriu desfășurarea ședințelor individuale sau de grup.

În **cap. I – Balbismul**, se realizează descrierea acestei afecțiuni, apariție, simptome. Totodată, autoarele vin cu date despre cauzele acestei tulburări precum și despre consecințele ei asupra abilităților sociale.

Ca **prevalență**, aflăm că balbismul afectează 1% din populația planetei. În 75% dintre cazuri apare înaintea vârstei de 3ani și jumătate, adică în acea perioadă fragilă în care se constituie limbajul. Se mai poate manifesta la debutul școlarității sau la debutul adolescenței. Când balbismul apare la adulți, apare, în general, ca urmare a unor traumatisme sau accidente cerebrale.

În copilărie, 5% dintre copii sunt afectați (o fată la trei băieți).

Cei mai importanți **factori etiologici**, după autoarele lucrării sunt:

- factorii genetici (prezintă un risc mai mare persoanele în ale căror familii există această afecțiune);
- factorii psihologici (traume, suferințe, hiperactivitatea, trăsături de personalitate precum perfecționism, emotivitate);
- factorii de mediu (presiuni, reproșuri, exigențe);
- evenimente de viață;
- factorii lingvistici (bilingvism, întârziere în vorbire, dislalie, deglutiție atipică, alte motive ca vorbirea să devină sursă de tensiune).

Simptomele balbismului sunt clasificate de către autoare în:

- primare (repetări de silabe, cuvinte, prelungiri de sunete, pauze, blocaje etc.);
- secundare (comportamente de anticipare anxioasă);
- tulburări asociate (de tonus, respiratorii);
- tulburări psiho-fiziologice (înroșire, paloare, transpirație, tremor);
- tulburări de comportament non-verbal (gestică sărăcăcioasă sau absentă, evitarea contactului vizual etc).

În cadrul aceluiași capitol se arată modul în care perturbarea fluenței verbale

poate afecta reușita școlară și profesională ca și comunicarea socială. Practic, în jurul acestei tulburări se construiește întreaga personalitate a celui care se bâlbâie.

În **cap. II –Terapiile comportamentale și cognitive**, autoarele prezintă aceste terapii care le-au condus spre abordarea actuală pe care o utilizează în cadrul practicii logopedice ce vizează reeducarea balbismului. Astfel, putem afla că terapia cognitiv-comportamentală a apărut în anii '70 pe baza modelului interacțional constituit din aporturile comportamentalismului și cognitivismului, model care studiază fenomenele sociale de învățare plecând de la interacțiunea individ-sistemul său de gândire-mediul înconjurător (Bandura '76). Terapia cognitivă și comportamentală a fost inițial utilizată cu succes în tratarea fobiilor. Ulterior, câmpul ei de aplicare s-a extins și la alte patologii. R. Landouceur a fost printre primii care au experimentat cu succes această nouă cale în reeducarea balbismului la copii și adulți.

O etapă extrem de importantă în cadrul acestei terapii, o constituie **analiza funcțională** care constă în determinarea cu precizie a factorilor declanșatori și a celor de menținere. În acest scop, J. Cotraux a pus la punct o grilă de analiză, numită grila SECCA.

Apoi, sunt prezentate principalele metode terapeutice ale terapiei cognitiv-comportamentale:

1. **Tehnicile de expunere** (desensibilizarea sistematică in vitro și in vivo).
2. **Întărirea și eliminarea**. De ex., admonestarea copilului (formă de întărire negativă) în momentul în care se bâlbâie, atrage după sine o teamă care riscă să agraveze bâlbâiala. În mod contrar, o reacție de aprobare (formă de întărire pozitivă) în fața unei conduite bune, face pe copil să repete acea conduită. Un comportament neurnat de întărire, se va stinge de la sine (eliminare).
3. **Afirmarea sinelui**. Cei mai multi indivizi afectați de balbism, suferă de anxietate socială. Dificultățile lor de vorbire se accentuează în circumstanțe sociale. De aceea o afirmare a sinelui i-ar permite să acționeze mai bine în interesul său, fără anxietăți exagerate. Dintre toate tehnicile, jocul de rol constituie poate cel mai util și eficient mijloc de antrenare a abilităților sociale. În lucrare sunt abordate diferite jocuri de rol atât pentru situațiile tipice (conversație la ghișeu, apel telefonic, interviu de angajare etc.) cât și pentru situații-problemă.
4. **Stabilirea sarcinilor de lucru**. Sarcinile de lucru din afara ședințelor se stabilesc cu regularitate pentru ca achizițiile să fie transpuse în realitate, consolidate și generalizate. Toate sarcinile sunt discutate și acceptate în cadrul ședințelor, pentru eliminarea eșecului.

Capitolele III, IV, V, VI, constituie partea “practică” a lucrării.

Studiile de caz din cap. III și IV expun etapă după etapă demersul cognitiv-comportamental al elaborării analizei funcționale pentru tratarea individuală a doi adulți care suferă de balbism, cu prezentarea detaliată a ședințelor.

Cap. V- Copilul, reeducarea logopedică și grupul este destinat cazului unui copil care suferă de balbism. Se propun principiile și conținuturile reeducării logopedice conform abordării comportamentale și cognitive, prin ședințe individuale și de grup, care reprezintă, după opinia autoarelor, tratamentul cel mai potrivit.

Cap. VI este rezervat prezentării lucrului cu **grupul de adulți** având aceeași afecțiune. Logopezii interesați de balbism știu că după un timp, terapia individuală se poate “plafona” fie pentru că pacienții vorbesc relativ fluent cu terapeutul, dar suferă de lipsă de fluentă de îndată ce se găsesc în exterior, fie este incapabil să transfere în societate achizițiile dobândite, fie pentru că afecțiunea este atât de gravă, încât în ședințele individuale nu s-a produs acel “declic” hotărâtor.

Atât din motive financiare, cât și din motive de eficiență terapeutică, grupul prezintă rezultate net superioare terapiei individuale în domeniul balbismului.

Terapia de grup folosește tehnici practicate în ședințele de reeducare logopedică clasică la care se adaugă tehnici folosite de terapia cognitiv-comportamentală în grupurile de afirmare a sinelui destinate pacienților care prezintă fobie socială.

Autoarele consideră terapia cognitivă și comportamentală foarte adaptată celor cu balbism, deoarece ea oferă un cadru liniștitor și motivant. Obiectivele acestei terapii sunt clare, discutate și acceptate de către pacient iar acesta se simte inclus în realitatea sa putând să-și însușească mai bine reeducarea. Evaluările și măsurătorile frecvente permit să se insiste pe progres, să catalizeze reeducarea și să suscite autonomia pacientului, ca principal deziderat.

Instruirea copiilor cu deficiențe severe de comunicare

„Cuvintele sunt cu adevărat mijlocul de comunicare cel mai puțin eficient. Ele sunt cele mai expuse la interpretări greșite și cel mai adesea prost înțelese.” (Donald Walsch)

**prof. psihopedagog Mihaela Șerban
Școala Specială nr.6**

Comunicarea face posibilă coexistența oamenilor. Comunicarea directă între oameni este realizată prin intermediul cuvintelor dar și al gesturilor. Un simplu gest prietenesc este o formă simplă de a stabili contactul cu cei din jur. Comunicarea, informarea și mijloacele de comunicare depind unele de altele.

Comunicarea este un mod fundamental de interacțiune psiho-socială a persoanelor, realizat în limbaj articulat sau prin alte coduri, în vederea transmiterii unei informații, a obținerii stabilității sau a unor modificări de comportament individual sau de grup.

Comunicarea este activitatea sau procesul prin care o persoană își exprima ideile, sentimentele sau prin care oferă altora informații.

Ea implică numeroase forme de a transmite mesaje celor din jur prin limbaj, gesturi sau alte modalități.

Elevii cu dizabilități severe de comunicare, care nu vorbesc deloc sau nu vorbesc inteligibil, pot fi învățați să comunice în alte modalități, astfel încât ei nu vor fi întârziați inutil în căpătarea limbajului, care este principalul drum către învățare.

Dobândirea limbajului, cu sau fără abilitatea de a produce sunetele normale vorbirii, urmează același model pentru toți copii indiferent de originea lor culturală sau de atributele psihice. Înțelegerea bazelor dobândirii limbajului normal este la fel de importantă ca și învățarea procedurilor speciale de predare copiilor cu dizabilități.

Silverman a subliniat faptul că pot fi introduse programe în care comunicarea are loc fără vorbire. El crede că terapeuții tradiționali de vorbire ar trebui să devină terapeuți în comunicare: „De la orientarea comunicării, țelul final al unei terapii ar fi dezvoltarea abilității de comunicare până la nivelul adecvat la care se întâlnește cu nevoile comunicării. De când vorbirea e privită aproape universal ca fiind cel mai flexibil și eficient mod de decodare și transmitere a mesajului, au loc încercări pentru a îmbunătăți cât de mult posibil vorbirea. Îmbunătățirea vorbirii din acest punct de vorbire ar avea tendința să fie privită ca un mijloc către sfârșit decât ca sfârșitul însuși. Câteva canale pentru decodarea și transmiterea mesajelor pot fi dezvoltate, inclusiv vorbirea.”

Comunicarea e folosită la interacțiunile sociale în care unele informații sunt schimbate, dar participanții nu trebuie să împărtășească regulile sistemului complex de gramatică sau sintaxă ce guvernează interacțiunea. De exemplu un copil poate indica „vreau jucăria...” prin cuvinte, fără să împărtășească sistemul de reguli care ar putea permite specificarea unei anumite jucării, dar și prin gesturi, vocalizând, ori folosind diferite simboluri. Limbajul e folosit pentru a se referi la interacțiunile în care cei care participă împart sisteme structurale complexe și foarte diferențiate de referințe simbolice și sisteme de reguli care guvernează forma interacțiunii. Copiii cu dizabilități prelingvistice severe trebuie să înceapă însușirea limbajului cu forme ce stabilesc funcțiile comunicării, înainte ca un rol mai cuprinzător al limbajului complex să înceapă să fie realizat.

Caracteristicile copiilor cu dizabilități severe sau asociate fac uneori imposibilă însușirea unei modalități de a comunica eficient, rămân la anumite etape ale comunicării, neputând depăși anumite limite determinate de propriul deficit cognitiv. De aceea este nevoie de unitate în acțiunile cadrelor didactice, importantă fiind munca în echipă, făcându-se astfel posibilă identificarea numeroaselor modalități de a transmite informația și de obținere a feed-back-ului. Acesta din urmă va fi de multe ori oferit în manieră non-verbală trebuind interpretat pentru a ști cum și cât urmează să acționăm. Deci, unul dintre elementele importante ale procesului terapeutic-educativ realizat în cadrul școlilor speciale este acela al echipei interdisciplinare (psihopedagog, profesor-educator, logoped), al parteneriatului funcțional, pentru o mai bună adaptare a metodelor la specificul elevului.

Caracteristicile copiilor cu deficiență mintală fac uneori imposibilă însușirea unei modalități de a comunica eficient.

Comunicarea între două persoane include atât sistemul lingvistic verbal cât și formele non-verbale ale comunicării. Formele non-verbale completează, accentuează, nuanțează mesajul transmis prin intermediul limbajului, fiind suportul emoțiilor și al atitudinilor participanților la comunicare.

Din acest punct de vedere, rolul pe care formele non-verbale de exprimare îl au în comunicare și în medierea relațiilor sociale este unul extrem de important.

Comunicarea presupune existența unor abilități cognitive și de socializare, dobândite anterior, fără de care decodificarea și codificarea informațiilor, indiferent de suportul verbal sau non-verbal al acestora, este imposibilă.

Vorbirea este doar una dintre modalitățile – deși evident este cea mai obișnuită și mai eficientă – prin care oamenii pot comunica. Dar este util să subliniem faptul că nu întotdeauna în comunicare nu este necesară vorbirea; oamenii pot învăța să comunice fără să utilizeze vorbirea. Copiii cu dificultăți severe de învățare sau dificultăți specifice de limbaj asociate, le lipsesc mecanismele înnăscute pentru a învăța structura limbajului. Cel mai adesea sunt dificultăți în achiziția limbajului extinse la toate formele sale, inclusiv limbajul semnelor.

Sistemul comunicării augmentative permite persoanelor cu posibilități reduse de comunicare să comunice și completează atât procesul vorbirii cât și al înțelegerii. Când recuperarea verbală se lovește de limitele deficienței, se recurge la comunicarea augmentativă și la cea alternativă.

"Comunicarea augmentativă se referă la orice formă de comunicare care înlocuiește sau lărgeste vorbirea. Fiecare folosește tehnicile și mijloacele de comunicare augmentativă mult înainte de a avea acces la limbajul oral, copiii sănătoși interacționează cu adultul, care îi are în grijă, prin mijlocirea tehnicilor augmentative neverbale, cum sunt - zâmbetele, privirea sau vocalizările diferențiate. O astfel de comunicare este dovada unei intenții de interacțiune timpurie și este foarte puternică în efectul comunicativ".

Comunicarea augmentativă este un aglomerat de componente verbale, gestuale, pictografice, care "oferă suport și cresc comunicarea, învățarea, participarea, gradul de independență și calitatea vieții în general a persoanelor care le folosesc". Cu cât tulburarea de vorbire este mai severă, cu atât copilul va avea nevoie de mai multe mijloace și tehnici augmentative, pentru a potența comunicarea oral-reziduală. Când vorbirea lipsește complet și se apelează la simboluri gestuale sau pictografice, avem de-a face cu comunicarea alternativă, ca singura modalitate de interacțiune prin coduri. În terapia copiilor cu dificultăți severe de comunicare s-au introdus planșe cu simboluri grafice, care s-au generalizat ca mijloc de comunicare pentru toți deficienții cu tulburări severe de învățare. Întotdeauna comunicarea augmentativă va avea ca obiectiv recuperarea limbajului oral (în măsura în care aceasta este posibilă). Adesea se pune întrebarea dacă utilizarea limbajului nonverbal nu va afecta la un moment dat negativ limbajul vorbit.

Ultimele studii de specialitate au arătat contrariul și anume că acest tip de comunicare îmbunătățește limbajul vorbit și vocabularul.

Comunicarea augmentativă este importantă deoarece face trecerea către limbajul verbal care însă se dezvoltă puțin mai târziu. Învățarea limbajului vorbit necesită timp, răbdare și mult exercițiu și de multe ori poate deveni frustrant, din acest motiv este util ca aceștia să folosească și limbajul nonverbal pentru a se face înțeleși și pentru a-și exprima necesitățile.

Plecând de la centrele de interes ale copilului, putem să lărgim comunicarea pas cu pas la alte arii de interes. De aceea un prim pas în ajutorul copiilor cu dificultăți severe de comunicare este de a descoperi ce le face plăcere să comunice, ce spun, ce arată, ce cer, ce împărtășesc cu plăcere și cum exprimă aceste lucruri. Evidente sunt cererile legate de nevoi personale: alimentație, autonomie personală, ariile de interes ale copilului. Dar dincolo de aceste nevoi, copilul exprimă și plăcerea de a fi cu diferite persoane și de a comunica cu acestea.

Urmărind cu atenție comportamentul copiilor cu dificultăți de comunicare putem observa diverse moduri de reacție: unii sunt foarte agitați și nu vor să coopereze; alții sunt inițial cooperanți și cu încercări succesive de a se face înțeleși; o mare parte sunt apatici și negativiști sau chiar violenți. Unii elevi întâmpină dificultăți considerabile în achiziționarea limbajului. Într-un mod similar, unii elevi au dificultăți în a înțelege limbajul vorbit. Pentru acești elevi, performanța lor în răspunsul la solicitările profesorului se ameliorează semnificativ când sunt adăugate caracteristici vizuale la instrucțiunile spuse.

Rolul comunicării augmentative este de a-i învăța să se integreze într-un context social putând să abordeze o persoană apropiată și să transmită un mesaj. Prin utilizarea unor imagini în cadrul unei

funcții de solicitare se dezvoltă selecția simbolurilor, dezvoltându-se structura propozițiilor și adresându-se în cele din urmă unor funcții comunicative suplimentare. Trebuie să avem în vedere cele mai importante aspecte care-i ajută pe copii să-și înțeleagă propria persoană, funcțiile corpului dar și diferențele individuale. De asemenea pot să inițieze relații cu membrii familiei, să realizeze interacțiuni cu persoanele din jur, dar mai ales să-și exprime emoțiile, trăirile, dorințele.

În acest fel, copilul asimilează și adaptează limbajul contextului, învață să-și comunice nevoile și emoțiile. El intră în contact cu lumea, descifrând nevoile și emoțiile sale și ale celorlalți, învățând să-și argumenteze opțiunile și acțiunile.

BIBLIOGRAFIE

1. Burkhart, Linda, Z. (1993) Total Augmentative Communication in the Early Childhood Classroom. Copyright by Linda Z. Burkhart, Eldersburg, MD.
2. Habermas Jurgen , "Cunoaștere și comunicare", Editura politică București 1983
3. Kraat, W., Arlene (1986) Developing Intervention Goals. In: Augmentative Communication - An Introduction. American Speech- Language-Hearing Association, Rockville, Maryland.
4. Popovici Doru-Vlad: "*Dezvoltarea comunicării la copii cu deficiențe mintale*", Editura Pro Humanitas, București, 2004
5. Șchiopu Ursula: "*Comunicarea verbală și neverbală*", Revista de Educație Specială, nr. 1/1992, INREPSH, București
6. Șoitu, Laurențiu, 1997, *Pedagogia comunicării*, Editura Didactică și Pedagogică, București.

1. Să fim empatici

Empatia este fundamentul de bază al oricărei relații de tip părinte-copil, soț – soție, profesor-elev. În cadrul relației parentale empatia este capacitatea părinților de a se pune în locul copiilor lor și de a vedea lumea prin ochii acestora. Nu înseamnă a fi de acord cu tot ceea ce fac copiii, ci mai curând de a încerca să apreciați și să validați punctul lor de vedere.

Experiența ne demonstrează că este mai ușor de a fi empatic atunci când copiii fac ceea ce le cerem noi să facă, au succes în activități, sunt calzi și receptivi.

Dificultatea apare atunci când suntem supărați, nervoși, iritați sau dezamăgiți din cauza copiilor noștri. La apariția unor astfel de resentimente, chiar și părinții bine intenționați spun sau fac lucruri care, de fapt, acționează împotriva dezvoltării rezilienței la copii.

1. a. Băiat, clasa a VII-a, aparent inteligent, dar cu multe probleme în a-și face temele acasă, Are talent la atletism, dar și antecedente îndelungate legate de dificultatea de a citi. Observând lipsa de interes față de activitățile școlare, părinții îl îndemneau „să se străduiască mai mult”, certându-l și afirmând că nu va fi acceptat la colegiul pe care și-l dorește. În dorința lor de a-l motiva, părinții vor să-i interzică participarea la activități sportive după ore.

În multe cazuri, cuvintele „străduiește-te mai mult” sunt percepute de copil nu ca simple încurajări, ci mai curând ca pe niște judecăți sau acuzații, lucru care mărește frustrarea legată de școală, în loc de a crește motivația de a reuși.

1. b. Fată, 8 ani, timiditate, este adesea îndemnată de părinții ei să salute când se întâlnește cu prieteni de familie. De când era foarte mică, fetița părea nervoasă, temătoare, ușor copleșită de situații noi, se ascundea în spatele mamei când erau în locuri publice sau veneau persoane străine în casă. Părinții se considerau a fi iubitori, neînțelegând aceste reacții ale copilului, faptul că timiditatea ei era o trăsătură de caracter înăscută, care nu putea fi corectată pur și simplu prin a-i spune să „salute” alte persoane. Repetarea acestei cerințe din partea celor mari nu face decât să mărească nervozitatea copilului și accentuează tendința de a se retrage ca un mijloc de a scăpa din situații neplăcute.

Părinții empatici se gândesc la modul în care s-ar simți ei înșiși dacă cineva le-ar spune sau le-ar face lucruri similare cu cele ce le spun sau le fac ei propriilor lor copii.

Dacă un copil este timid, o declarație empatică dublată de cuvinte de încurajare ar putea să conducă într-o mai mare măsură la succes, încredere în forțele proprii și reziliență.

Este mai bine să-i spunem copilului timid și altor copii cărora le este foarte greu să salute și că îl vom ajuta prin toate mijloacele să-i fie mai ușor să salute oamenii în viitor. O astfel de declarație validează ceea ce experimentează copilul în mod necritic și dă speranța unei schimbări, creând un climat în care se poate dezvolta reziliența.

Iată câteva din întrebările care le-ar putea fi de folos părinților la creșterea empatiei :

„Cum aș spera să mă descrie copilul meu?”

„Cum m-ar descrie de fapt copilul meu și cât de aproape este această descriere de descrierea pe care speram să mi-o facă?”

„Când vorbesc cu copiii mei sau când desfășurăm activități împreună, mă comport într-un mod care-i face să fie în cea mai mare măsură receptivi la ceea ce le spun?”

„Mi-aș dori ca cineva să-mi vorbească în modul în care le vorbesc eu însumi copiilor mei?”

Acei părinți care pot să-și depășească frustrarea sau nervozitatea și să-și pună astfel de întrebări despre ei înșiși practică empatia, o componentă cheie a unei atitudini mentale parentale eficiente.

2. Să comunicăm eficient și să ascultăm activ

Modurile în care comunicăm cu copiii noștri sunt nuanțate de empatie.

Comunicarea este complexă, nu reprezintă doar modul în care vorbim cu altă persoană.

Eficiența comunicării este condiționată de ascultarea activă a copiilor noștri, înțelegerea și validarea a ceea ce încearcă ei să spună și răspunsuri într-un mod care evită confruntările de forțe, prin

care nu-i întrerupem, nu le spunem cum ar trebui să se simtă, nu-i umilim și nu folosim expresii absolute pentru întotdeauna și niciodată într-un fel umilitor (ex. „tu nu ajuți niciodată”, „ești totdeauna lipsit de respect”).

Părinții reprezintă modele și îi pot ajuta pe copiii rezilienți să dezvolte capacitatea de a comunica eficient.

Arta comunicării are implicații importante pentru multe dintre componentele comportamentale asociate cu reziliența, incluzând abilitățile de rezolvare a problemelor și de luare a deciziilor.

3. Să modificăm „scenariile negative”

Este cunoscut faptul că majoritatea părinților bine intenționați au aplicat aceeași abordare cu copiii perioade îndelungate de timp, chiar dacă abordarea respectivă nu a avut succes. Sunt părinți care își cicălesc copiii ani de zile pentru curățenia din camere, dar copiii nu ascultă niciodată. Unul din motivele principale pentru care părinții continuă să se angajeze în comportamente neproductive este credința că cei care trebuie să se schimbe sunt copiii, nu ei. Dar, așa cum pot confirma mulți părinți, copiii ne vor „supraviețui” în ceea ce privește această confruntare.

Atitudinea mentală rezilientă recunoaște că dacă ceva ce am spus sau am făcut o anumită perioadă de timp nu funcționează, atunci trebuie să ne schimbăm „scenariul” dacă și copiii urmează să și le schimbe pe ale lor. Este bine să avem curajul să analizăm și să ne gândim la ceea ce putem face în mod diferit, dacă nu vrem să ne poticnim în confruntări inutile de forțe.

Dacă părinții își schimbă propriile lor scenarii, nu înseamnă că „cedează” sau că își „răsfață” copiii; dimpotrivă, servește la a-i învăța pe tineri că există alte căi de a rezolva problemele, care sunt alternative ale visurilor și dorințelor părinților. Astfel îi ajută pe copii să învețe să fie mai responsabili și mai răspunzători în tratarea situațiilor dificile.

4. Să ne iubim copiii într-un mod care să-i ajute să se simtă speciali și apreciați

Foarte important în formarea rezilienței este ca cel puțin un adult (dacă nu toți) să creadă în valoarea copilului, acesta fiind un „adult carismatic” (dr. Julius Segal), cel de la care copilul „capătă forță”.

Să nu subestimăm niciodată puterea unei persoane de a redirecționa un copil spre o viață mai productivă, mai plină de succese și satisfacții. Este bine ca părinții să poată găsi mereu căi prin care să-i ajute pe copii să se simtă speciali și apreciați, fără însă a-i răsfața.

O abordare posibilă este programarea unor „momente speciale” exclusive, cu fiecare dintre copiii noștri, astfel încât să le putem acorda atenția integrală, nedivizată și să avem ocazia să le insuflăm încredere în ei înșiși.

Pentru a ne ajuta copiii să se simtă speciali și apreciați, trebuie să le oferim toată dragostea noastră în mod necondiționat. Aceasta nu înseamnă absența disciplinei sau a responsabilității; ci înseamnă că și atunci când greșesc noi îi iubim și îi acceptăm în continuare.

5. Să ne acceptăm proprii copii pentru ceea ce sunt și să-i ajutăm să-și fixeze așteptări și obiective realiste

Un salt foarte dificil pentru părinți este acela de a accepta temperamentul unic al copilului. Dacă acceptarea este prezentă, părinții pot stabili cu succes așteptări și obiective care sunt compatibile cu temperamentul copilului. Fiecare copil este unic din momentul nașterii. Unii copii vin pe lume cu temperamente simple, alții cu temperamente „dificile”, iar alții cu temperamente timide sau precaute. Dacă părinții nu cunosc temperamentul copilului lor, ei pot spune sau face lucruri care să împiedice crearea unor relații satisfăcătoare, așteptând de la copiii lor ceva ce aceștia nu pot să dea.

Dacă ne acceptăm copiii așa cum sunt și le apreciem temperamentele diferite nu înseamnă că le iertăm comportamentul inadecvat sau inacceptabil, ci că înțelegem acest comportament și îi ajutăm să și-l schimbe într-un mod care nu erodează încrederea în sine a copilului sau sentimentul demnității.

6. Să ne ajutăm copiii să aibă succes, prin identificarea și accentuarea „insulelor lor de competență”

Copiii rezilienți nu neagă problemele cu care se confruntă, ci recunosc și se concentrează pe punctele lor tari. Din păcate, mulți copii care nu au încredere în ei înșiși și în abilitățile lor experimentează un optimism diminuat. Aceasta îi determină în mod frecvent să-și minimalizeze sau să nu-și poată aprecia la justa valoare punctele tari.

Părinții trebuie să înțeleagă că atunci când copiii au o încredere scăzută în ei înșiși sunt mai puțin apti să accepte reacțiile noastre pozitive. Este bine să continuăm să le oferim aceste reacții pozitive, dar cel mai important este să recunoaștem că adevărata încredere în sine, speranța și reziliența se bazează

pe succesele reale pe care le înregistrează copiii în domeniile vieții lor, pe care ei și ceilalți le consideră importante. Asta presupune ca părinții să identifice și să întărească „insulele de competență” ale copilului lor.

Fiecare copil are aceste insule de competență, sau domenii de forță, iar noi trebuie să le promovăm, în loc să supra-accentuăm punctele slabe ale copilului.

Atunci când copiii își descoperă punctele tari, ei doresc mai mult să se confrunte chiar și cu acele domenii care s-au dovedit problematice pentru ei.

7. Să ajutăm copiii să recunoască faptul că greșelile sunt experiențe din care se învață

Modul în care copiii rezilienți privesc greșelile este semnificativ diferit în comparație cu copiii nerezilienți. Cei rezilienți au tendința de a privi greșelile ca și oportunități de a învăța, iar cei care nu sunt foarte optimiști simt adesea greșelile ca pe o indicație că sunt niște ratați. Răspunsul la această viziune pesimistă este retragerea din fața provocărilor, ei se simt inadecvați și învinovați pe alții pentru problemele lor. Părinții care vor copii rezilienți trebuie să-i ajute să-și dezvolte o viziune sănătoasă asupra greșelilor încă de la o vârstă fragedă. Promovând o atitudine pozitivă față de greșeli, este bine ca părinții să reflecteze asupra modului în care ar răspunde copiii lor la întrebări de genul : „Când părinții tăi greșesc, ce fac?” sau „Când greșești tu, sau dacă un lucru nu merge cum ar trebui, ce-ți spun sau ce-ți fac părinții tăi?”

Frustrați fiind, mulți părinți răspund la greșeli într-un mod care de fapt slăbește încrederea unui copil. Dacă vor să creeze o atitudine mentală rezilientă la copiii lor, cuvintele și acțiunile lor trebuie să comunice credința că putem să învățăm din greșeli. Teamă de a face greșeli reprezintă unul din cele mai puternice obstacole în fața învățării, un obstacol ce este incompatibil cu o atitudine mentală rezilientă.

8. Să dezvoltăm sentimentul de responsabilitate, compasiune și conștiință socială, oferindu-le copiilor oportunități de a-și aduce contribuția

Copiii rezilienți dețin un simț al responsabilității. Cum poate fi întărită responsabilitatea la copii? Prea frecvent se înțelege că responsabilitățile sunt „treburile” pe care le dăm copiilor. Majoritatea nu au nicio problemă în privința treburilor, aproape fiecare copil, încă de la o vârstă foarte fragedă, pare a fi motivat să-i ajute pe ceilalți.

Reziliența și încrederea în sine sunt accentuate atunci când copiii au ocazia să strălucească și să guste succesul, în special pentru faptul că ies în evidență în lumea lor.

9. Să ne învățăm copiii să-și rezolve problemele și să ia decizii

Copiii optimiști cu o încredere mare în propriile puteri și cu reziliență au convingerea că sunt stăpâni pe propriul destin, că își pot controla propriile vieți. Ingredientul vital în dezvoltarea acestui control este ajutorul pe care copiii îl primesc de la părinți pentru a învăța cum să ia decizii și să învețe rezolvarea independentă a problemelor cu care sunt confrunțați. Copiii sunt încurajați să gândească singuri la soluții.

Copiii ne pot surprinde adesea cu abilitatea lor de a gândi la moduri eficiente și realiste de rezolvare a problemelor; îndrumați de părinți își dezvoltă propriile planuri de acțiune, sentimentul de încredere, de control și reziliența acestora crește.

10. Să disciplinăm copiii într-un mod care promovează auto-disciplina și încrederea în sine

Cuvântul disciplină este raportat la discipol, prin urmare este un proces educațional. Modul de disciplinare poate susține sau deteriora respectul față de sine, auto-controlul și reziliența.

Unul din marile obiective ale disciplinei este să creeze medii sigure și protejate, iar altul este să creeze auto-controlul și auto-disciplina la copii, presupunând preluarea controlului asupra comportamentului propriu.

Dezvoltarea unei atitudini mentale reziliente nu este un lux, ci o componentă esențială a unui viitor reușit.

Bibliografie : Dezvoltarea forței, speranței și optimismului la copilul dumneavoastră. Creșterea copilului rezilient, Robert Brooks, PH.D și Sam Goldstein, PH.D.

Comunicare prezentată la Conferința “ADHD și reziliența”, București, 17-18 sept. 2009