



Din cuprins:

Familia și copilul autist

Integrarea TIC în demersul logopedic

Dislexo-disgrafia, o tulburare ce poate fi remediată

Rolul activităților logopedice în integrarea copiilor cu cerințe educaționale speciale

Un posibil profil lingvistic al tulburării specifice limbajului pentru limba română

Importanța evaluării competențelor lingvistice și a diagnosticului diferențial

"Dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm și să-l fortificăm, să studiem toate treptele, de la sunetele grave până la cele mai înalte!"

Cicero

LOGOPEDIA

REVISTA PROFESORILOR LOGOPEZI

Nr. 4 - 2011
București

ISSN 2066-6632

- CUPRINS -

1. prof. logoped Valeria Pârșan - Editorial
2. Larisa Avram, Anca Sevcenco - Un posibil profil lingvistic al tulburării specifice
Ioana Stoicescu - Universitatea București limbajului pentru limba română
3. prof. logoped Liliana Gălbinașu - Importanța evaluării competențelor lingvistice și a diagnosticului diferențial
4. prof. logoped Adina Marinache - Integrarea TIC în demersul logopedic
5. prof. logoped Valeria Balaban - Dislexo-disgrafia, o tulburare ce poate fi remediată
6. prof. logoped Nina Manea - Familia și copilul autist
7. prof. logoped Luminița Stancu - Colaborare și parteneriat pentru recuperarea copiilor cu cerințe educaționale speciale integrați
8. prof. logoped Valeria Pârșan - Sentimentul de competență și succesul copilului
9. prof. logoped Florentina Gălbinașu - Importanța abordării complexe în terapia logopedică
10. prof. logoped Manuela Ivan - Rolul activităților logopedice în integrarea copiilor cu cerințe educaționale speciale
11. prof. logoped Cristina Georgescu - Retardul de limbaj la preșcolari
12. prof. logoped Oana Stoica - Proiect de activitate terapeutică

BUCUREȘTI - 2011

ISSN 2066 - 6632

Studiile și experiențele de viață relevă o propensiune pentru limbaj și comunicare a celor care nu se simt tocmai în largul lor atunci când este vorba de acest aspect al relaționării cu cei din jurul lor.

Emotivitate, timiditate, nesiguranță în propriile capacități, stimă de sine scăzută, sau poate părinți autoritari și pretențioși, un mediu ostil.... câte alte explicații putem căuta și găsi pentru a ne clarifica aceste aspecte ale comunicării cu ceilalți.

Mulți studenți preocupați de psihologia limbajului și comunicării aleg să devină logopezi după terminarea facultății și masteratului.

Toți știm cât este de frumos și interesant să lucrezi cu cei mici, să-i ajuți și să-i însoțești suportiv în drumul – uneori anevoios – al remedierii deficiențelor de limbaj și comunicare, profilaxia tulburărilor de învățare și socializare, dezvoltarea abilităților de comunicare în general.

Aventura începe o dată cu intrarea în cabinetul logopedic. În momentul apariției primului copil, nedumerit sau speriat, neînțelegând de ce îl aduc părinții la „doctor”, sau convins că el nu poate și nu știe să vorbească, tânărul logoped trăiește o multitudine de stări despre care își dorește să nu afle nimeni.

Cu ce să înceapă ? Să-i liniștească pe părinții supărați pe copiii vecinilor, care , deși mai mici, vorbesc mai bine, să-i dea încredere celui mic, explicându-i că este ceva trecător și împreună vor rezolva această problemă....Toate acestea se derulează pe fondul trăirilor intense ale logopedului care își amintește rapid cursurile, metodele, cărțile citite, dar...

Părinții se adresează unui specialist, față de care au mari așteptări pentru copilul lor, așteptările pot fi percepute ca împovărătoare de către tânărul logoped.

Imi amintesc acum cu plăcere despre toate aceste momente care atunci mi se păreau descurajatoare, ele m-au învățat că nu sunt nici atâteaștiutor, nici atotputernic și nici salvator universal.

În primii ani, decepțiile parcă depășesc satisfacțiile, mai ales în cazul micuților cu tulburări asociate, ai căror părinți sunt nerăbdători, se apără cu mecanismul negării, nu pot sau nu știu să se implice, dezertând uneori și apărându-se într-o resemnare toxică.

De la copii am învățat că fiecare are timpul lui de achiziții și dezvoltare, că ei – cei mici-sunt capabili să ne uimească, ei știu cel mai bine să ne arate că se întâmplă minuni.

Cu timpul am învățat că încrederea în potențialul celor mici înseamnă mai mult decât zeci de cărți citite (dar numai ce după ce aceste cărți au fost deja citite).

Părinții care așteaptă un rezultat al evaluării au o singură întrebare „cât credeți că va dura”

Am învățat că estimările temporale pot fi atât de eronate, încât anticipez cu rugămintea „nu mă întrebați când vom fi gata, pentru că cel mic va dori să ne contrazică, fie în plus, fie în minus”

Formarea profesorului logoped îmbină experiența de cabinet cu masterate, multe cursuri și specializări postuniversitare, parcurgerea examenelor – de loc ușoare – pentru obținerea gradelor didactice.

Ultimele două decenii au deschis oportunități nebănuite pentru aprofundarea pregătirii inițiale cu studii pentru formare continuă și dinamică în cadrul masteratului și cursurilor de perfecționare organizate în cadrul Universității București de către Facultatea de psihopedagogie specială, a cursurilor oferite prin intermediul Centrului Municipiului București de Resurse și Asistență Educațională, Casa Corpului Didactic București, Asociația Reninco România, de către specialiști și formatori de valoare, implicați în egalizarea șanselor și optimizarea integrării școlare și sociale a copiilor.

Profesorii logopezi din Centrele Logopedice Interșcolare București sunt specialiști cu înaltă și solidă pregătire în domeniu, preocupați de îmbogățirea și perfecționarea metodelor de cunoaștere și remediere a tulburărilor de limbaj și comunicare, motivați de dorința de a oferi oricărui copil cu dificultăți șansa unei comunicări optime, de succes.

Prof. logoped Valeria Pârșan
Metodist ISMB

Un posibil profil lingvistic al tulburării specifice limbajului pentru limba română

Larisa Avram, Anca Sevcenco, Ioana Stoicescu
Centrul pentru studiul dezvoltării limbajului și al comunicării lingvistice
Universitatea din București

1. Introducere

Tulburarea specifică limbajului (TSL)¹ este un diagnostic asociat unei întârzieri generale în achiziția limbii în cazul copiilor cu auz și IQ normal, care nu suferă de autism sau ADHD și nu au tulburări neurologice. Se estimează că 7% din populația globului este afectată (Leonard 1998). Cauza acestei tulburări este genetică. În general, diagnosticarea este dificilă deoarece dezvoltarea lingvistică a subiecților afectați este aparent asemănătoare cu aceea a copiilor cu dezvoltare tipică. Singura diferență evidentă este aceea a ritmului de achiziție a limbii. Un copil cu TSL pare a fi, la prima vedere, un copil a cărui dezvoltare lingvistică este doar mai înceată decât a altor copii de aceeași vârstă. Greșelile de limbă pe care le face, structurile pe care le învață mai târziu (sau uneori niciodată) sunt cele întâlnite în etapele timpurii ale dezvoltării lingvistice tipice. De aceea pot trece neobservate. Un alt factor important care îngreunează identificarea timpurie este eterogeneitatea tulburării. S-a remarcat că nu toți subiecții corespund în totalitate profilului comun (Bishop 1997, Leonard 1998). Trebuie de asemenea menționat că aproximativ 50% din cei afectați întâmpină dificultăți la citit (vezi și Burlea et al. 2011), ceea ce poate conduce uneori la diagnosticarea acestora ca dislexici. Unele greșeli pe care le fac copiii cu TSL sunt atestate și în învățarea unei limbi străine; diagnosticarea copiilor din familii de imigranți trebuie astfel făcută cu multă precauție. Din păcate, în prezent nu cunoaștem cu destulă precizie metodele cele mai eficiente de evaluare a acestei întârzieri, importanța IQ-ului non-verbal sau relevanța factorului vârstă în punerea diagnosticului de TSL (Bishop 1997).

În ciuda acestor numeroase și serioase dificultăți, specialiștii sunt însă de acord că TSL se manifestă cel mai evident în domeniul morfologiei și al sintaxei. Acest fapt explică și diferențele profilului lingvistic al TSL. Spre exemplu, s-a observat că articolul și cliticele pronominale reprezintă un domeniu vulnerabil pentru franceză, italiană (Bortolini, Casseli, Leonard 1997) sau greaca modernă (Tsimpli și Stavrakaki 1999). În cadrul morfologiei verbale, pentru franceză, spaniolă, catalană (Sanz-Torrent, Serrat, Adreu și Serra 2008) și suedeză (Hansson și Leonard 2003), a fost remarcată folosirea excesivă a formei de persoană a treia singular a prezentului indicativ, inclusiv în contexte care impun folosirea altei forme de persoană a paradigmei, precum și omisiunea verbelor auxiliare în formele verbale compuse. Acordul verbului cu subiectul este și el un domeniu vulnerabil în unele limbi (vezi, spre exemplu, Franck et al. 2004). Numeroase studii au arătat că producerea și înțelegerea propozițiilor relative (Schuele și Tolbert 2001) și a celor interrogative sunt și ele afectate. În general, studii mai recente indică structurile sintactice complexe, care implică “acord la distanță” ca fiind printre cele mai vulnerabile (van der Lely 2005). În limbile cu morfologie bogată, cum este și cazul limbii române, această tulburare este și mai greu de observat pentru că morfologia este mai puțin afectată (Leonard 1998). Acest lucru

s-ar putea explica, printre altele, prin frecvența cu care copilul aude terminațiile morfologice în input.

Întrebarea la care încercăm să răspundem în lucrarea de față se referă tocmai la identificarea profilului lingvistic al TSL pentru o limbă cu morfologie bogată, și anume limba română. Este de la sine înțeles că alegerea unei terapii eficiente nu este posibilă în lipsa diagnosticării corecte. Este de aceea cu atât mai important să încercăm să găsim metode cât mai obiective de identificare a profilului lingvistic al TSL.

¹ În literatura de specialitate, TSL este numită și “disfazie” (vezi și Burlea et al. 2011) sau “disfazie de dezvoltare”.

2.TSL – profilul pentru limba română?

2.1 Testul CLAD-GAPS

Pentru limba română nu există încă un profil lingvistic bine definit al TSL. Acest lucru se datorează, în parte, și faptului că studiile de achiziția limbii pe baza corpusurilor longitudinale în cazul copiilor cu dezvoltare tipică (DT) sunt relativ recente și nu a fost suficient timp pentru transferul rezultatelor din domeniul DT în cel al TSL. În cadrul proiectului “Crosslinguistic language diagnosis” (CLAD) scopul principal al activității de cercetare este tocmai identificarea mărcilor clinice (domeniile *lingvistice* vulnerabile) pentru TSL în cinci limbi (engleză, italiană, germană, lituaniană și română) și descrierea lingvistică a profilului TSL. Lingviști și psihologi au elaborat un test de identificare a copiilor cu risc, dublat de o baterie de teste de evaluare a cunoștințelor de morfo-sintaxă. Punctul de plecare l-a reprezentat testul GAPS pentru limba engleză (vezi Gardner, Froud, McClelland, van der Lely 2006). Acest test are avantajul de a fi foarte ușor de administrat; este un test de “repetiție” cu suport vizual (poze). Rezultatele pot fi, de asemenea, ușor cuantificate.

Testul cuprinde două părți: (i) testarea cunoștințelor de morfo-sintaxă și (ii) testarea cunoștințelor de fonologie, cu accent pe producerea grupurilor consonantice în diferite contexte fonologice. Prima parte conține 11 propoziții cu elemente considerate a fi “vulnerabile” în achiziția limbii-țintă. Pentru limba română, identificarea acestor elemente s-a făcut pornind de la rezultatele studiilor de achiziția limbii pe baza datelor longitudinale de limbă română vorbită de copii în cadrul unor conversații non-structurate cu un părinte și un experimentator (Avram 2001, Avram și Coene 2001, 2007), dublate de rezultate experimentale. Acestea relevă un număr relativ mic de domenii vulnerabile, printre care cliticele pronominale de acuzativ, verbele auxiliare și verbele copulative, folosirea excesivă a formei de persoana a treia singular a prezentului indicativului. Producerea unor structuri complexe, cum ar fi propozițiile relative, poate fi mai greu studiată pe baza datelor longitudinale, având în vedere numărul mic de propoziții relative folosite de copiii sub 3 ani. Studii bazate pe date experimentale arată însă că producerea propozițiilor relative reprezintă un domeniu de dificultate. Chiar și la vârsta de 5-6 ani copiii fac greșeli atunci când trebuie să formeze o propoziție relativă, mai cu seamă atunci când elementul relativ are funcția sintactică de complement direct (Sevcenco, Stoicescu, Avram 2009).

Pentru identificarea unui posibil profil al TSL au fost comparate datele studiilor de achiziția limbii române de către copii cu DT (i) cu cele raportate în studiile de achiziție a altor limbi și (ii) cu profilul lingvistic al TSL pentru limbi cu proprietăți similare cu ale limbii române.

Inventarul domeniilor vulnerabile pentru limba română include: (i) folosirea cliticelor pronominale; (ii) folosirea articolului (hotărât și nehotărât); (iii) acordul dintre subiect și predicat; (iv) folosirea auxiliarelor și a verbelor copulative; (v) producerea și înțelegerea propozițiilor relative. Toate aceste elemente reprezintă domenii de dificultate în dezvoltarea lingvistică tipică. Pentru limbile în care anumite elemente morfo-sintactice au fost identificate ca “vulnerabile” în dezvoltarea tipică s-a observat că ele fac parte și din profilul lingvistic al TSL. De aceea, testul CLAD-GAPS elaborat pentru limba română în cadrul proiectului CLAD pornește de la testarea cunoașterii acelor elemente identificate ca vulnerabile în DT. Spre exemplu, propoziția (1) de mai jos, care a fost inclusă în test, conține două astfel de elemente: acordul subiectului cu predicatul și articolul hotărât. Propoziția (2) conține trei elemente de dificultate: auxiliarul *o*, marca de conjunctiv *să* și elementul interogativ *ce*:

- (1) Pisicile vroiau niște lapte.
- (2) Ce-o să bea pisica?

Partea a doua a probei conține 8 cuvinte inventate, care conțin unul sau două grupuri consonantice atestate în limba română:

- (3) a. clost
- b. padrepte

2.2 Rezultate

Copiii al căror rezultat indică o deviație standard mai mare de -1.5 în grupa lor de vârstă la partea de morfo-sintaxă sunt considerați a fi “subiecți cu risc”. Firește, diagnosticul nu se poate pune numai pe baza rezultatelor acestui test de “repetiție”. Se recomandă ca în cazul subiecților “cu risc” să fie administrate mai multe teste de morfo-sintaxă înainte de a decide care este cauza rezultatului slab obținut la GAPS-CLAD. Bishop (2000) afirma că TSL este o tulburare a limbii care nu poate fi redusă la morfo-sintaxă și fonologie. De aceea, pentru o mai mare siguranță, ar trebui administrate și teste de evaluare a cunoștințelor de pragmatică. Factorul vârstă este, de asemenea, deosebit de important. Un copil poate fi diagnosticat cu TSL numai după vârsta de 7-8 ani (vezi și Burlea et al. 2011).

Până în prezent, testul GAPS-CLAD a fost administrat unui număr de 135 copii cu DT². Tabelul 1 de mai jos reprezintă datele analizei rezultatelor părții de morfo-sintaxă pentru 104 din acești subiecți:

Tabel 1. CLAD-GAPS – Rezultate subiecți cu DT

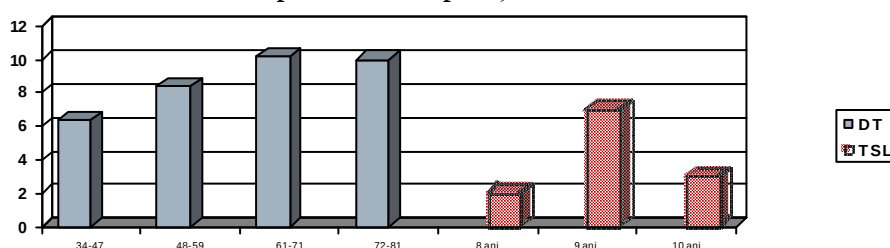
Grupa de vârstă (luni)	Nr subiecți	Nr răspunsuri corecte – media	DS
34-47	21	6.33	3.32
48-59	30	8.37	2.64
61-71	23	10.17	1.02
72-81	30	10	1.17

Cu sprijinul unor profesori logopezi din municipiul București³ am reușit să testăm copii al căror profil pare să corespundă TSL-ului. Tabelul 2 sintetizează rezultatele obținute de 4⁴ dintre acești copii la partea de morfo-sintaxă a testului CLAD-GAPS. Am analizat numai rezultatele acelor subiecți a căror vârstă este de cel puțin 8 ani.

Tabel 2. CLAD-GAPS. Rezultate - subiecți cu TSL. Morfo-sintaxă

vârstă (luni)	cod subiect	nr răspunsuri corecte
105	I.	2/11
111	C	6/11
123	M.	0/11
123	V.	6/11

Așa cum se poate vedea, diferențele dintre rezultatele obținute de cele două tipuri de subiecți sunt evidente. Copiii cu TSL au obținut, la partea de morfo-sintaxă, rezultate semnificativ mai slabe decât cele ale copiilor cu DT. Graficul 1 prezintă comparația acestor rezultate:



² Le mulțumim cadrelor didactice de la Grădinițele nr.1, nr. 203 și “Bambi” din București pentru ajutorul acordat în testarea subiecților cu DT.

³ Le mulțumim doamnei profesor logoped Eva Bartok și doamnei profesor logoped Valeria Pârșan, care ne-au pus în legătură cu mai mulți profesori logopezi, sprijinindu-ne astfel în activitatea de testare.

⁴ Cei patru subiecți ale căror rezultate sunt prezentate în studiul de față au fost testați cu sprijinul doamnei profesor logoped Sorina Niculescu și al doamnei profesor logoped Viorica Oprea, cărora le mulțumim pentru sprijinul acordat.

Grafic 1. Rezultatele testului CLAD-GAPS. Morfo-sintaxă: DT vs. TSL

Rezultatele sugerează că acest test ar putea fi folosit ca test preliminar pentru identificarea copiilor cu risc. De altfel, așa cum se poate observa în Tabelul 3 de mai jos, procentajul subiecților identificați ca fiind “cu risc” (cei ale căror rezultate la partea de morfo-sintaxă au fost sub -1.5 DS în grupa lor de vârstă) în urma administrării acestei probe corespunde procentajului de aproximativ 7% observat și în cazul altor limbi:

Tabel 3. Subiecți “cu risc” identificați în urma administrării CLAD-GAPS. Morfo-sintaxă.

vârsta (luni)	nr subiecți	Răspunsuri corecte (media)	Deviație standard	Nr subiecți cu -1.5 DS
34-47	21	6.33	3.32	1
48-59	30	8.37	2.64	4
61-71	23	10.17	1.02	2
72-81	30	10	1.17	3

Analiza calitativă a rezultatelor a făcut posibilă identificarea acelor elemente care *sunt* și a acelor care *nu sunt* vulnerabile pentru limba română. Spre exemplu, analiza rezultatelor copiilor care ar putea corespunde profilului TSL a arătat că nu toate elementele pronominale clitice reprezintă elemente dificile. Niciun subiect nu a omis cliticul reflexiv *se*. În ce privește folosirea cliticelor pronominale, s-au observat trei tipuri de erori la ambele grupe de subiecți (DT și TSL): omisiunea (4) sau substituția (greșeli de acord) (5):

- (4) a. TSL: Pe care câine *(l-) au împins pisicile? (V. 123 luni)
b. DT: Pe care câine *(l-) au împins pisicile? (P. 73 luni)
- (5) TSL: Câinele *îi dă lapte lu' pisicile. (C. 111 luni)

Unul din subiecții cu TSL a folosit un grup nominal în locul cliticului pronominal :

- (6) TSL : Cine-a răsturnat **sticla** ? [în loc de <Cine-a răsturnat-o ?>] (M. 123)

Aceste rezultate sunt susținute și de date experimentale obținute prin administrarea altor probe. Sevcenco, Stoicescu, Avram (2009) arată că una din erorile cele mai frecvente în producerea propozițiilor relative de către copiii cu DT este omisiunea cliticului pronominal (7); rar, sunt atestate și greșeli de acord (8):

- (7) a. Aș vrea să fiu copilul care mama *(îl) împinge cu sania. (KB, 6;00)
b. Aș vrea să fiu cel care *(îl) desenează bunicul lui. (M. 6;10)
- (8) Cel care *o sărută mama. (T. 7;00)

Comparația rezultatelor obținute de copiii cu DT și de cei patru subiecți cu TSL la o probă de producere a cliticelor pronominale de acuzativ la persoana a treia singular relevă că aceste elemente sunt “vulnerabile” pentru ambele tipuri de subiecți; vulnerabilitatea este însă cu mult mai mare în cazul subiecților cu TSL. Rezultatele sunt sintetizate în Tabelul 4 de mai jos:

Tabel 4. Folosirea cliticelor pronominale de acuzativ: DT vs. TSL

DT/TSL	Grupa de vârstă (luni)	Vârsta medie (DS)	Nr subiecți	% clitice folosite
DT	33-48	42.25 (3.9)	16	75.78 %
DT	59-71	68 (3.5)	9	92.37 %
DT	72-85	75.85 (4.3)	13	87 %
TSL	105-123	115.25 (8.7)	4	25%

Un alt domeniu vulnerabil este cel al acordului subiectului cu predicatul. În cadrul testului de repetiție CLAD-GAPS, subiecții cu TSL au folosit cel puțin o dată în cadrul probei forma de singular a verbului în locul formei de plural:

(8) Pisicile *vroia niște lapte. (V. 123 luni)

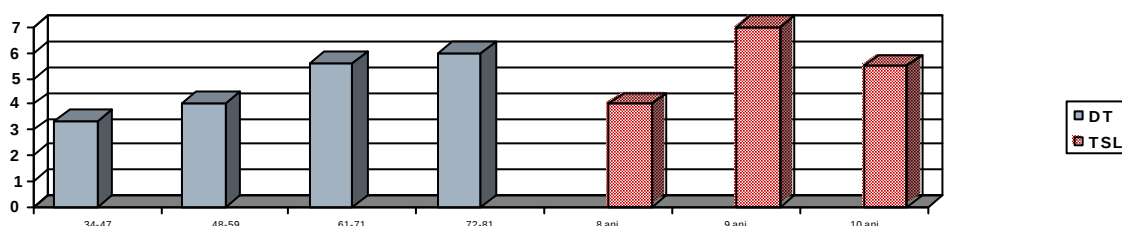
Comparația rezultatelor obținute la partea de morfo-sintaxă și la cea de fonologie relevă câteva aspecte importante. Un subiect poate obține rezultate bune la partea de morfo-sintaxă (pentru grupa sa de vârstă) dar (mai) slabe la partea de fonologie, sau invers. Tabelul 5 prezintă rezultatele obținute de acei subiecți cu o deviație standard minimă de -1.5 la cel puțin una din cele două părți ale testului:

Tabel 5. CLAD-GAPS. Rezultatele subiecților “cu risc” la fonologie și la morfo-sintaxă.

Cod subiect	Grupa de vârstă	DS la fonologie	DS la morfo-sintaxă
55	48-59 luni	-2.27	-2.03
68		-0.58	-2.03
73		-1.14	-2.03
58		-0.54	-2.41
98	61-71 luni	-1.57	-2.12
32		-1.57	-1.14
93		-3.53	-2.12
86		-2.55	-0.81
89		-2.55	-0.81
102	72-81 luni	-3.59	-3.41
40		-0.71	-1.70
42		0.00	-1.70

Rezultate anterioare obținute la testul GAPS pentru limba engleză sugerează că subiecții cu un rezultat mai slab *numai* la partea de fonologie sunt mai degrabă cei “cu risc” de dislexie, nu de TSL (van der Lely, comunicare personală). Acest fapt este confirmat de comparația rezultatelor la partea de fonologie obținute de subiecții cu DT și de cei patru subiecți cu TSL. Așa cum se poate vedea în Graficul 2, diferența dintre cele două tipuri de subiecți la partea de fonologie nu este la fel de semnificativă ca la morfo-sintaxă, iar variația observată în cadrul grupei de subiecți cu TSL nu este corelată cu factorul vârstă:

Grafic 2. CLAD- GAPS. Rezultatele obținute la fonologie. DT vs. TSL.



3. Concluzii

Firește, rezultatele prezentate în articolul de față sunt preliminare. Pentru înțelegerea corectă a profilului lingvistic al TSL pentru limba română se impune testarea unui număr mai mare de subiecți cu TSL din grupe de vârstă de peste 8 ani. De asemenea, este necesară compararea rezultatelor obținute de subiecți cu DT și cu TSL cu cele obținute, la aceleași probe, de subiecți dislexici. Credem însă că rezultatele obținute până acum pot deschide drumul către o descriere corectă a profilului lingvistic al TSL. De asemenea, rezultatele arată că testul CLAD-GAPS ar putea fi un test relevant pentru identificarea timpurie a copiilor cu risc de TSL.

Referințe bibliografice

- Avram, L. (2001) 'Early omission of articles in child Romanian and the emergence of DP', *Revue Roumaine de Linguistique* XLVI, 1-4: 105-123.
- Avram, L., M. Coene (2001) 'The acquisition of auxiliaries and determiners in child Romanian'. *Proceedings of ELA 2001*, Lyon, CD-ROM.
- Avram, L., M. Coene (2007) 'Object clitics as last Resort: implications for language acquisition'. În S. Baauw, M. Pinto, J. van Kampen (eds.) *Proceedings of the Romance Turn II*, 7-26. Utrecht: Uil LOT.
- Bishop, D. (1997) *Uncommon Understanding*. London: Psychology Press.
- Bortolini, U., Casseli, M. C., & Leonard, L. (1997) 'Grammatical deficits in Italian-speaking children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 40: 809–820.
- Burlea, G., M. Burlea (editori) (2011) *Dicționar explicativ de logopedie*. Iași: Polirom.
- Franck, J. et al. (2004) 'Normal and pathological development of subject-agreement in speech production: a study of French children.' *Journal of Neurolinguistics* 17: 147-180.
- Gardner, H., Froud, K., McClelland, A., van der Lely, H. (2006) 'The development of the Grammar and Phonology Screening (GAPS) test to assess key markers of specific language difficulties in young children. *International Journal of Language & Communication Disorders* 41(5): 531-540.
- Hansson, K., Leonard, L. B. (2003) 'The use and productivity of verb morphology in specific language impairment: an examination of Swedish'. *Linguistics* 41: 351–379.
- Leonard, L. (1998) *Specific Language Impairment*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Leonard, L. (2000) 'Specific language impairment across languages'. In D.V. M. Bishop, L. B. Leonard (eds.), *Speech and Language Impairments in Children: Causes, Characteristics, Intervention and Outcome*. Hove: Psychology Press.
- Sanz-Torrent, M., E. Serrat, L. Adreu, M. Serra (2008) 'Verb morphology in Catalan and Spanish in children with Specific Language Impairment: a developmental study'. *Clinical Linguistics and Phonetics* 2008, 22(6): 459-474.
- Schuele, C., L. Tolbert (2001) 'Omissions of obligatory relative markers in children with specific language impairment'. *Clinical Linguistics & Phonetics* 15 (4): 257- 274.
- Sevcenco, A., Stoicescu, I., Avram L 2009 'The subject/direct object relative clause asymmetry in child Romanian.' Poster prezentat la *RASCAL (Relating Asymmetries between Speech & Comprehension in Language Acquisition)*, Universitatea din Groningen, Groningen, 24-25 ianuarie 2009.
- Tsimpli, I.M., S. Stavrakaki (1999) 'The effects of a morphosyntactic deficit in the determiner system: The case of a Greek SLI child'. *Lingua* 108: 31-85.
- van der Lely, H. K. J. (2005) 'Grammatical-SLI and the computational grammatical complexity hypothesis'. *Revue Frequences* 17 (3): 13-20.

Importanța evaluării competențelor lingvistice și a diagnosticului diferențial pentru intervenția logopedică.

Probe de evaluare.

Prof. logoped Liliana Elena Gălbinașu
Centrul Logopedic interșcolar nr. 5 - București

CE ESTE EVALUAREA?

- ❖ Evaluarea este un proces complex, continuu, dinamic de cunoaștere și estimare cantitativă și calitativă a particularităților dezvoltării și a capacităților de învățare a copilului
- ❖ Evaluarea presupune colectare de informații, interpretare de date, punere și rezolvare de probleme în scopul orientării deciziei și intervenției educațional-terapeutice.
- ❖ Demersul evaluativ nu se rezumă la o activitate constatativă, ci investighează potențialul de dezvoltare și învățare, sugerând programe ameliorativ-formative pe anumite paliere de dezvoltare.
- ❖ Treptat, **evaluarea statică** care pune accent pe ceea ce poate face efectiv copilul, pe abilitățile pe care le are la un moment dat și nu pe capacitățile sale de dezvoltare a fost înlocuită cu **evaluarea dinamică** care estimează potențialul de învățare – ca suport în formarea abilităților necesare dezvoltării și învățării (Campione).
- ❖ Astfel, probele de evaluare nu au ca obiectiv evidențierea deficiențelor, ci determinarea abilităților și a disponibilităților imediate pentru dezvoltare / a **zonei proximei dezvoltări** (Vâgotski).
- ❖ Evaluarea stabilește elementele pozitive din dezvoltarea copilului (punctele tari) care vor constitui punctul de plecare în activitatea de recuperare. Cerințele probelor de evaluare devenind practic obiective operaționale în proiectarea activității recuperativ-terapeutice.
- ❖ În concluzie, evaluarea este un proces continuu de planificare și programare care orientează elaborarea PSP și PIP.

TIPURI DE EVALUARE

- **Evaluarea formală** presupune utilizarea unor instrumente cum ar fi testul de inteligență, probe de măsurare a unor abilități (motorii, de discriminare auditivă, vizuală, de limbaj etc), teste de personalitate etc..
- **Evaluarea informală** se realizează prin observație, analiza produselor activității, analiza greșelilor, inventare de abilități, chestionare etc..

ETAPELE DEMERSULUI EVALUATIV ÎN LOGOPEDIE

I. ETAPELE EVALUĂRII LIMBAJULUI ORAL

- **Evaluarea inițială / depistarea** reprezintă o triere a copiilor cu dizabilități de limbaj accentuate și manifeste.
Probe: album logopedic, abecedar în imagini, conversații de tatonare, numerație, recitare de poezii, etc.
- **Evaluarea pre-terapeutică** presupune stabilirea nivelului achizițiilor verbale în raport cu vârsta cronologică. Mai exact se va stabili dacă copilul:
 - pronunță sunete și cuvinte, eventuale defecte de pronunție;
- dispune de capacitatea de a comunica;
 - înțelege mesajul și comanda verbală;
 - comunică prin cuvinte izolate sau construcții cu sens;
 - utilizează limbajul oral ca mijloc de relaționare cu alții;
 - se exprimă corect dpdv gramatical;
 - care este nivelul vocabularului activ;
 - care este nivelul raportului limbaj-gândire;
- care este nivelul achizițiilor grafice și lexice.

Probe: - pronunțarea prin imitație a sunetelor, silabelor, cuvintelor și propozițiilor;

- asocierea imaginilor cu cuvintele și cu mimico-gesticulația;
indicare a imaginilor denumite de logoped;
 - identificarea și denumirea principalelor obiecte din MÎ;
- operarea cu aceste noțiuni în situații concrete (verbal, acțional, mimico-gesticular);
- povestirea după imagini sau povestirea unui momont din zi / întâmplări din viață.

➤ **Evaluarea intermediară / periodică / continuuă** se realizează pe parcursul intervenției logopedice în vederea:

- urmării performanțelor obținute;
- înregistrării eșecurilor și prevenirii altora noi;
- surprinderii dificultăților, lacunelor, erorilor;
- asigurării succesului în atingerea obiectivelor propuse.

➤ **Evaluarea post-terapeutică** stabilește:

- nivelul limbajului în raport cu obiectivele propuse;
- prezența limbajului curent și utilizarea limbajului oral ca mijloc de relaționare cu alții;
- pronunția corectă a sunetelor, silabelor, cuvintelor;
- înțelegerea mesajelor și comenzilor verbale;
- nivelul vocabularului activ;
- utilizarea corectă a cuvintelor și folosirea lor în propoziții simple și dezvoltate;
- însușirea structurii gramaticale (exprimare corectă gramaticală și semantică);
- utilizarea corectă a liantelor, acordurilor gramaticale și a timpurilor verbale;
- utilizarea corectă a intonației (afirmativă, interogativă, exclamativă);
- cursivitatea vorbirii;
- expresivitatea vorbirii;
- prozodie: intonație, accent, rimă, pauze;
- modalități de exprimare în diferite contexte situaționale;
- capacitatea de a dialoga;
- capacitatea de a transpune în practică cunoștințele învățate;
- creativitatea verbală;
- atitudinea față de vorbire și gradul de socializare;
- achiziționarea limbajului grafo-lexic.

Probe: - probe de cunoștințe, abilități, deprinderi și competențe alese în funcție de obiectivele propuse;

- povestiri după imagini;
- descrierea unui obiect și a însușirilor sale;
- stabilirea de asemănări și deosebiri;
- jocuri, desen.

Metode de evaluare:

- chestionare orală;
- examinare prin probe practice, orale sau scrise;
- evaluare prin teste;
- autoevaluare.

II. ETAPELE DEMERSULUI EVALUATIV ÎN DISLEXO-DISGRAFIE

❑ **Evaluarea la nivel de fonem–grafem** stabilește:

- însușirea imaginii vizuale a unor semne și simboluri (recunoașterea literelor, perceperea discriminativă a simbolurilor);
- asocierea fonem-grafem;
- recunoașterea literelor (mari, mici de tipar și de mână) după forma grafică și scrierea acestora (respectând forma, mărimea, înclinația, amplasarea, distanțarea);

- integrarea fonemelor-grafemelor în structura cuvintelor;
- recunoașterea sunetelor redade în scris prin grupuri de litere, citirea și scrierea corectă a grupurilor de litere;
- recunoașterea grupurilor de sunete redade în scris printr-o literă, citirea și scrierea corectă a acestora;
- înțelegerea rolului sunetului în schimbarea înțelesului cuvintelor.
- **Evaluarea la nivel de silabă** urmărește:
 - formarea câmpului vizual de o silabă;
 - identificarea numărului de silabe din cuvânt și integrarea silabelor în cuvinte;
 - pronunțarea, scrierea și citirea corectă a silabelor;
- **Evaluarea la nivel de cuvânt** urmărește:
 - formarea câmpului vizual de de un cuvânt;
 - stabilirea numărului de cuvinte din propoziție;
 - indicarea locului cuvintelor în propoziție;
 - citirea și scrierea corectă a cuvintelor dpdv ortografic (fără omisiuni, adăugiri, inversiuni, deformări de litere sau silabe; scrierea cu majusculă; despărțirea corectă a cuvintelor în silabe la sfârșit de rând);
 - citirea și scrierea corectă a formelor flexionare ale cuvintelor în funcție de categoriile gramaticale (gen, nr., caz, mod, timp, persoană);
 - scrierea corectă a cuvintelor ce conțin grupuri consonantice, diftongi, sunete duble;
 - scrierea cu “ii” și “iii”;
 - scrierea cu “î” și “ă” etc..
- **Evaluarea la nivel de propoziție** urmărește:
 - alcătuirea corectă de propoziții după ilustrații sau cuvinte date;
 - utilizarea corectă a semnelor de punctuație în scriere și citire;
 - realizarea acordului predicat – subiect, subst. – adj.;
 - utilizarea corectă a liantelor gramaticale.
- **Evaluarea la nivel de text** urmărește:
 - citirea conștientă, fluentă, corectă și expresivă;
 - redarea/povestirea orală și scrisă a conținutului unui text;
 - recunoașterea și respectarea semnelor de punctuație;
 - încadrarea corectă în pagină (titlu, alineat);
 - lizibilitate și acuratețe (evitarea ștersăturilor, tăieturilor, petelor etc.);

Probe de evaluare:

- să copieze / transcrie un text / propoziții;
- să scrie după dictare litere, cuvinte, propoziții, texte;
- să despartă cuvinte în silabe;
- să ordoneze cuvinte pentru a obține o propoziție;
- să construiască propoziții din cuvinte date;
- să formuleze în scris răspunsuri corecte și complete la întrebări;
- să citească un text necunoscut (citire la prima vedere);
- să transforme propoziții afirmative în negative, interrogative, exclamative și invers;
- să povestească în scris un text citit în prealabil;
- să alcătuiască o compunere etc..

Examinarea psiho-logopedică a cazurilor depistate nu se rezumă doar la identificarea precisă a dizabilităților de limbaj, ci ia în considerare și alte paliere ale dezvoltării, precum: psihomotricitatea, auzul, inteligența, afectivitatea, motivația, comportamentul etc.

Această **examinare complexă** are următoarele obiective:

- precizarea diagnosticului logopedic (diagnostic diferențial);
- evaluarea nivelului funcțional al comunicării;
- formularea prognosticului;
- identificarea elementelor structurale ale programului individualizat de intervenție logopedică;

- integrarea dizabilităților de limbaj depistate în contextul activității psihice a logopatului.

Rezultatele înregistrate la **examinarea continuuă** se consemnează în **fișa de evaluare dinamică și intervenție logopedică**.

Obiectivele acestei evaluări rezidă în:

- constatarea progresului, stărnării sau regresului înregistrat de logopat;
- reconsiderarea programului individualizat de intervenție logopedică.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Realizarea unui **diagnostic diferențial** (pe baza unor investigații medicale și psiho-logopedice amănunțite) se impune cu stringență îndeosebi în cazul copiilor care deși au atins vârsta cronologică necesară nu vorbesc, în cazul tulburărilor asociate sau în cazul copiilor a căror comunicare este grav afectată.

▪ **Prima dificultate diagnostică** constă în diferențierea de variațiile în dezvoltarea normală a copiilor normali întrucât există o largă variație a vârstei la care copii încep să achiziționeze limbajul vorbit și ritmul în care se consolidează limbajul. Unele variații normale sunt fără importanță clinică sau de importanță clinică redusă, ca în marea majoritate a „vorbitorilor lenți” care se vor dezvolta în întregime normal. În contrast evident, copiii cu tulburări specifice ale dezvoltării vorbirii și limbajului, cu toate că într-un târziu ating un nivel normal al abilității de limbaj, au multiple probleme asociate. Întârzierea limbajului este deseori urmată de dificultăți la citit și scris, de anormalități ale relațiilor interpersonale și de tulburări emoționale și de comportament. În consecință, un diagnostic precoce și corect de tulburare de limbaj este important de pus. Nu există o demarcație clară cu extremele varietăților normalității, dar sunt utile patru criterii principale, care sugerează apariția unei tulburări clinice semnificative:

- **severitatea,**
- **evoluția,**
- **simptomatologia și**
- **problemele asociate.**

Ca o regulă generală, o întârziere a limbajului suficient de severă pentru a depăși limitele a două deviații standard poate fi privită ca anormală. Multe cazuri de această severitate au probleme asociate.

Cu toate acestea nivelul de severitate (în termeni statistici) este de mai mică utilitate diagnostică la copiii mai mari, pentru că există o tendință naturală spre ameliorare progresivă. În această situație, evoluția este un indicator util. Dacă nivelul actual este de afectare ușoară, dar există un istoric de afectare anterioară severă, este probabil că nivelul de funcționare este sechela unei tulburări semnificative, mai degrabă decât o variație a normalității. Trebuie acordată atenție patternului de vorbire și de funcționare a limbajului, dacă acest pattern este anormal (adică deviant și nu numai unul adecvat unei faze mai precoce de dezvoltare), sau dacă vorbirea sau limbajul copilului include trăsături calitativ anormale, atunci o tulburare clinic semnificativă este verosimilă. În plus, dacă o întârziere în dezvoltarea vorbirii și limbajului este însoțită de deficiențe școlare (ca o întârziere specifică la citit și scris), de anormalități în relațiile interpersonale și / sau de perturbări emoționale și comportamentale, este foarte puțin probabil ca întârzierea să constituie doar o variantă a normalității.

▪ **A doua dificultate diagnostică** se referă la diferențierea de retardarea mentală (întârzierea globală a dezvoltării).

Întrucât inteligența include abilități verbale este verosimil ca subiecții cu nivelul QI-ului substanțial scăzut, sub medie, să prezinte o dezvoltare a limbajului care va fi oricum sub medie. Diagnosticul de tulburare specifică de dezvoltare implică faptul că întârzierea specifică de dezvoltare este semnificativ nonconcordantă cu nivelul general de funcționare cognitivă, în consecință, când întârzierea limbajului este parte a unei retardări mentale mai pervasive (întârziere globală a dezvoltării), trebuie pus diagnosticul de retardare mentală. Totuși, este obișnuit ca retardarea mentală să fie asociată cu o inegalitate a diferitelor performanțe intelectuale și, în special, cu un grad de afectare a limbajului mai sever decât al performanțelor non-verbale. Când această afectare este disproporționat de severă în comparație cu alte abilități și este evidentă în funcționarea de fiecare zi, trebuie codificată în plus o tulburare specifică a dezvoltării de vorbire și limbaj.

▪ **A treia dificultate** constă în diferențierea de o tulburare secundară unei surdități severe sau unei anormalități fie neurologice fie de alt tip structural. Surditatea severă din copilăria precoce va duce aproape întotdeauna la întârziere marcată și la o distorsiune a dezvoltării limbajului; astfel de stări **nu** trebuie incluse aici, fiind consecința directă a afectării auzului. Totuși, nu este neobișnuit ca tulburările mai severe ale dezvoltării de limbaj receptiv să fie însoțite de alterări parțial selective ale auzului (în special pentru sunetele de înaltă frecvență). Indicația este de a exclude aceste tulburări din categoria tulburărilor de dezvoltare psihologică (ICD 10), dacă severitatea pierderii auzului este un factor agravant, și nu o cauză suficientă și directă. Totuși, este imposibil de făcut o distincție clară și rapidă.

Un principiu similar se aplică anormalităților neurologice și defectelor structurale. Astfel de anormalități de articulare a cuvintelor cauzate direct de un velopalatoschizis sau o dizartrie ca rezultat al unei afectări cerebrale, trebuie excluse din această secțiune. Pe de altă parte, prezența unor leziuni neurologice discrete care însă nu au afectat direct vorbirea și limbajul nu trebuie să constituie motiv de excludere. Același principiu se respectă și în cazul tulburărilor pervazive de dezvoltare și al bilingvismului.

Diagnosticul diferențial în alalie, după C. Stănică :

Afazie

- Simptomatologie neurologică pronunțată.
- Tulburare dobândită.
- Dezintegrare a limbajului.
- Pot exista: vorbire automată, emoțională, iar vorbirea se repetă e în stil telegrafic.

Dizartrie

- Apare în cazurile cu infirmitate motorie cerebrală.
- Motricitatea organelor fonatorii îmbracă și ea caracterul infirmității motorii.
- Nu e afectat limbajul propriu-zis, ci latura intermediară dintre organele periferice și centrul cortical al elaborării limbajului.

- Nu poate să vorbească.
- Omogenitate, stabilitate și invariabilitate a alterărilor fonetice.
- Sialoree, fața sculptată în lemn, înclinarea corpului în față.

Mutism selectiv

- Dobândit.
- Temporar, reversibil în condiții de mediu favorabile.
- Se manifestă în funcție de: situație, persoane, locuri.
- Refuză contactul cu mediul.
- În etiologie nu pot fi incriminați factorii educativi.

Retardul de limbaj

- În etiologie sunt incriminați factorii educativi și de mediu.
- Blocaj al ritmului evoluției.
- În condiții favorabile se obține un ritm accelerat de învățare a limbajului.
- Limbajul poate atinge nivelul corespunzător vârstei.

Surdo-mutitate

- Nu aud niciodată.
- Nu reacționează la stimulii auditivi verbali.
- Vorbirea repetată nu e posibilă fără demutizare.
- Nu există ecolalie.
- Elementele prozodice se însușesc foarte greu (sau deloc).
- Voce voalată, surdă, specifică.

Retardare mentală

- Inerție: la întreruperea activității, greutate la schimbarea criteriului de activitate.
- Cuvântul fixat greșit este greu de schimbat (se menține și greșeala alături de cuvântul corect).
- Numărul foarte mare al repetițiilor necesare pentru învățare.

Autism

- Comportament inadecvat.
- Limbaj cu caracter reproductiv.
- Ecolalie de : conținut, intonație, înălțime, imediată, întârziată.

- Raporturi afective: absente.
- Automatisme: prezente.

Alalie

- Nu există simptomatologie neurologică pronunțată.
- Tulburare congenitală.
- Neintegrare a limbajului.
- Vorbirea este absentă.
- Pot exista: ecolalie și jargonafazie.
- Nu există infirmități motorii cerebrale.
- Necoordonare motorie.
- E afectat limbajul.
- Este afectat centrul cortical al elaborării limbajului.
- Nu știe să vorbească.
- Variabilitate haotică fonetică.
- Cu caracter permanent (dacă nu se instituie terapie intensivă).
- Nu se modifică comportamentul verbal în raport cu ambianța.
- Nu refuză contactul cu mediul.
- În etiologie sunt incriminați factorii educativi.
- Comportament adecvat situațiilor.
- Limbaj - funcție de comunicare.
- Ecolalie de : conținut, intonație, înălțime - nu exist, imediată, întârziată - nu există.
- Raporturile afective: uneori exagerate.
- Automatisme: absente.
- În etiologie nu sunt incriminați factorii educativi și de mediu.
- Tulburare durabilă, rezistență la învățare.
- Limbajul nu atinge nivelul corespunzător vârstei.

Alalia senzorială

- Oscilații în folosirea auzului.
- Reacționează selectiv la stimulii verbali în funcție de cunoașterea semnificației și starea psihică. Pe parcursul evoluției limbajului se constată îmbunătățirea folosirii auzului.
- Vorbirea repetată e posibilă fără învățarea limbajului.
- Ecolalia indică disocierea dintre percepere și înțelegere.
- Elementele prozodice se însușesc cu ușurință.
- Voce sonoră.

SET DE INSTRUMENTE, PROBE ȘI TESTE PENTRU EVALUAREA EDUCAȚIONALĂ A COPIILOR CU DIZABILITĂȚI

În anul 2000, asociația RENINCO a derulat, în colaborare cu Ministerul Educație Naționale, Ministerul Sănătății, Agenția Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, Secretariatul de Stat pentru Persoane cu Handicap și UNICEF un proiect de **Evaluare / expertiză a copiilor cu dizabilități**. Una dintre principalele concluzii ale acestui proiect a fost aceea că profesioniștii care se ocupau de evaluarea copiilor cu dizabilități semnalau o acută nevoie de instrumente de lucru și existența unor instrumente comune pentru toate SEC-urile din țară. Ca urmare, asociația RENINCO a procedat la elaborarea **“Setului de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități”**.

Probele propuse pentru examinarea psihologică și psiho-pedagogică au fost grupate pe arii / domenii de interes și s-a încercat, ca pentru fiecare arie de dezvoltare, să fie prezentat în integralitate cel puțin un instrument de evaluare.

Lista probelor prezentate în set este următoarea:

EXAMINAREA PSIHOLOGICĂ ȘI PSIHOPEdagogică

Nr. crt.	Domeniul (aria) vizat	Instrumente, probe, teste
1.	Dezvoltare Psiho-motorie	1. Scara Portage 2. Ghidul progresului Jim Dale 3. Fișe de dezvoltare psiho-motorie (C.N.P.I. Timișoara) 4. Aprecierea dezvoltării psihice a copilului preșcolar (A. Chițu, I. Chiriac) 5. Scara de dezvoltare Denver 6. Scalele de dezvoltare Gesell 7. Scala Brunet - Lăzine
2.	Dezvoltare Intelectuală	1. Bateria experimentală privind nivelul de dezvoltare intelectuală a copiilor de 6 -10 ani 2. Scara metrică a inteligenței Binet – Simon 3. Noua scară metrică a inteligenței NEMI (Zazzo) 4. Scala de inteligență Stanford - Binet 5. Scala de inteligență Wechsler (W.P.P.S.I.) 6. Scala W.I.S.C. (Wechsler) pentru școlari 7. Testul Dearborn 8. Matricele progresive standard RAVEN • seriile A, Ab, B (color) • seriile A, B, C, D, E 9. Scalele Mc Carthy 10. Scalele Bayley 11. Testul Goodenough 12. Testul Snijders - Oomen 13. Testul „Sans paroles" 14. Bateria Borel - Maissonny pentru evaluarea nivelului mintal al copiilor surzi și cu tulburări de limbaj 15. Scale pentru diferențierea abilităților (D.A.S.)
3.	Nivelul operatoriu al inteligenței	1. Probe psihogenetice operatorii (T. Kulcsar) 2. Probe de examinare a nivelului operatoriu necesar pentru însușirea numărului și a operațiilor aritmetice elementare (N. Obrocea)
4.	Procese psihice: • atenție • memorie • nivelul perceptual • limbaj	1. Proba de atenție distributivă „Praga" 2. Proba de baraj Zazzo 3. Labirinte 4. Teste de concentrare (Mohling - Raatz) 5. Proba de memorie auditivă a cuvintelor (Rey) 6. Proba de memorie a formelor geometrice (Pieron) 7. Probe de memorie a numerelor 8. Probe pentru examinarea praxiilor 9. Probe primare pentru abilități perceptive 10. Proba perceptiv motrică Bender – Santucci 11. Scara de dezvoltare a limbajului (C. Păunescu) 12. Scara Portage (0-6 ani) - aria limbaj 13. Test de vocabular în imagini 14. Test de limbaj T.A.C.L-R 15. Test Wheldall de înțelegere a limbajului 16. Teste de limbaj Borel - Maissonny 17. Probe pentru cunoașterea vârstei lingvistice (A. Descoedres) 18. Derbyshire Language Scheme - pentru evaluarea progresului în limbaj 19. Proba de vocabular Rey 20. Probe de examinare a limbajului oral 21. Fișa de examinare a copilului alalic 22. Probe de conștientizare fonologică 23. Probele Borel - Maissonny pentru scris - citit 24. Test A.B.C (L. Filho) 25. Probe de examinare a scrierii 26. Fișa de evaluare a dificultăților grafice (E. Vărășmaș) 27. Evaluarea predispozițiilor lexicale - Fayasse 28. Scala de evaluare Harvey

		29. Probe de examinare a lexiei (N. Gheorghiuță, A. Fradis) 30. Probe de citire Bovet 31. Proba Labrot de evaluare a lexiei 32. Test de înțelegere a lecturii
5.	Motricitate	1. Proba Ozeretski - Guilmain 2. Proba de orientare spațială Piaget - Head 3. Proba de lateralitate Harris 4. Proba Rey pentru sincinezii 5. Bateria pentru lateralitate Galifiet - Granjon 6. Proba pentru punctare Binet - Vaschide 7. Proba de punctare M. Stambak 8. Proba „Tapping” 9. Proba „Perle” 10. Proba „Decupaj” 11. Proba „Discuri” 12. Proba „Bile” 13. Proba de bifare a semnelor - R. Zazzo
6.	Maturizare psihosocială	1. Scara de maturitate Gunzburg 2. Scara Vineland 3. Lista de control pentru depistarea tulburărilor de comportament Werry - Quay 4. Indici ai dezvoltării psihice a copilului preșcolar (U. Șchiopu)
7.	Personalitate	1. Probe de desen (om, casă, familia, arborele) 2. Testul Rorschach 3. Testul Lüscher 4. Testul de apersepcție T.A.T. 5. Testul fabulelor - Duss 6. Testul de apersepcție CAT pentru copii
8.	Maturitate școlară (cunoștințe, priceperi, deprinderi)	1. Chestionar de cunoștințe pentru preșcolari (U. Șchiopu) 2. Probe de cunoștințe pentru școlarul mic 3. Probe pentru cunoașterea copilului preșcolar 4. Scara de evaluare a educabilității preșcolarului (A. Coașan) 5. Bateria de probe pentru preșcolari (V. Piscoi) 6. Fișa de evaluare a nivelului de dezvoltare a copiilor cu dizabilități 7. Probe psihopedagogice (E. Bonchiș)
9.	Programe cadru	1. Planuri de servicii personalizate (PSP) 2. Programe de intervenție personalizată (PIP)

BIBLIOGRAFIE

1. **Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea Educațională a copiilor cu dizabilități** – RENINCO, 2001
2. **ICD–10 “Clasificarea tulburărilor mentale și de Comportament”**, Ed ALL EDUCATIONAL, Buc., 1998
3. **Monitorizarea progresului în intervențiile de remediere a dificultăților de citit-scris** – Gabriela Lemeni, Corint, Buc., 2000
4. **Terapia tulburărilor de limbaj** – I. Mușu, E. Vrăsmaș, C. Stănică, E.D.P. – 1997

INTEGRAREA TIC ÎN DEMERSUL LOGOPEDIC.

ARGUMENTE PENTRU UN STIL TERAPEUTIC INOVATOR

Prof. logoped Adina Valeria Marinache
Centrul Logopedic Interșcolar Nr. 4 București

Noile tehnologii ale informației și comunicării. Societatea actuală, aflată în plină revoluție tehnologică, impune necesitatea dobândirii *competențelor digitale*, exploatarea noilor tehnologii ale informației și comunicării (TIC) fiind înscrisă în lista competențelor-cheie europene promovate și la nivel național.

În opinia lui O. Istrate (2002), noile tehnologii ale informației și comunicării schimbă sensibil perspectiva asupra practicii educaționale, implementarea acestora fiind considerată una dintre cele mai importante probleme ale sfârșitului de secol XX, percepută drept una dintre prioritățile naționale. Competențele TIC sunt specifice unei societăți informatizate. Bibliotecile digitale, multimedia, abilitățile exteriorizate în instrumente digitale – toate acestea sunt expresia unei societăți informatizate la care suntem nevoiți să ne adaptăm. Referindu-se la raportul dintre educație și noile tehnologii informaționale, autorul (2002, pag.2-3) menționează ideea centrală a “Declarației” de la Stanford din 1986 și anume, *cetățenii trebuie să fie formați pentru a trăi într-o societate informațională*, aducând câteva argumente în favoarea informatizării învățământului:

- conținutul cultural din întreaga lume este convertit într-o formă digitală, făcând astfel posibil accesul oricui, oricând, la orice sursă de cunoaștere/informare;
- mediul digital devine o sursă atractivă de a achiziționa informații sau de a transmite/exprima idei în diverse moduri. Prin această manieră, un *dascăl* face apel la modalități de comunicare diverse, îmbinând limbajul verbal cu alte modalități de expresie (auditivă, vizuală, kinestezică etc.);
- tehnologiile digitale largesc potențialitățile personale: oamenii exteriorizează diferite abilități curente (de calcul, de scriere corectă, de comparare, de vizualizare, de selectare etc) în instrumente digitale cu care lucrează, ajungând să obțină performanțe pe această linie.

Și în România ultimilor ani, la nivelul forurilor superioare în educație, a fost lansată ideea utilizării inovative a TIC în educație, subliniindu-se nevoia de informatizare a învățământului. Introducerea *instruirii asistate de computer* în demersul educațional a impus pregătirea prealabilă a cadrelor didactice pentru implementarea noilor tehnologii ale informației și comunicării în actul de predare – învățare. Formarea *competențelor digitale* a devenit astfel țintă strategică a învățământului românesc, vizând actorii situați la ambii poli ai unui act educațional: profesorii și elevii deopotrivă.

Integrarea TIC în demersul logopedic. Introducerea computerului în logopedia interșcolară constituie o adevărată provocare pentru “actorii” actului terapeutic și anume:

- *profesorul logoped* – care are posibilitatea de a-și forma și/ sau extinde portofoliul de competențe digitale și de a-și construi un demers corectiv-recuperator atractiv și diversificat sub aspect metodologic;
- *subiectul logopat* – care descoperă în computer un adevărat “prieten”, un ofertant ispititor care-l poate motiva chiar și intrinsec.

Integrarea secvențelor de *învățare/ terapie asistată de computer* în demersul logopedic are drept consecință eficientizarea actului terapeutic prin crearea premiselor unei învățări afectiv-motivaționale. Practica logopedică a demonstrat că toți copiii pot folosi un computer, indiferent de natura deficienței lor și că soft-urile educative constituie un potențial suport de învățare/terapie pentru orice copil.

Computerul devine un instrument necesar, permițând aplicarea de strategii pedagogice inovative în vederea eficientizării actului didactic/ terapeutic. Noua perspectivă asupra practicii educaționale favorizează *modelul triunghiular profesor/ terapeut – computer – elev/ subiect logopat* (Istrate, 2002).

O afirmație a lui Mary Pat Radabaugh (Jaime Moreira Ribeiro, António Moreira și Ana Margarida Almeida, 2009), adesea citată de specialiști în problematica cercetării TIC în educație, ilustrează rolul TIC în viața persoanelor defavorizate: “Pentru majoritatea oamenilor, tehnologia face lucrurile mai ușor. Pentru persoanele cu dizabilități, tehnologia face lucrurile posibile”. Autorii (*idem*) susțin faptul că, în procesul educațional, factorul-cheie nu-l reprezintă tehnologia în sine (modernă, atractivă), ci modul cum aceasta este integrată și utilizată în activitatea de învățare/terapie și cum asigură interacțiunea dintre profesor/ terapeut, elev și conținutul de învățat. Se subliniază necesitatea valorificării la maximum a mijloacelor moderne de instruire în actul educațional, premisă pentru obținerea de rezultate relevante în planul învățării/ terapiei. Lobato Miranda (*idem*) consideră că introducerea tehnologiei în activitățile de predare-învățare nu se soldează cu efecte pozitive vizibile și imediate, dar că utilizarea computerului în școală vine în sprijinul dobândirii de competențe. Pentru ca TIC să sprijine activitatea de învățare/terapie la copiii cu CES, este important ca acestea să fie în acord cu nevoile speciale ale acestor elevi și să-i sprijine în formarea unor abilități incipiente, care să le permită utilizarea eficientă a noilor tehnologii.

Într-un articol pe tema valențelor tehnologiei informaționale în terapia recuperatorie, E. Danciu (2011, 24) subliniază: „Computerul este partenerul ideal – stimulează, încurajează, nu te ceartă, nu își reproșează. Este un partener de interacțiune care creează o atmosferă plăcută de lucru, oferă siguranță, posibilitatea de a acționa, de a lua decizii”. Autoarea oferă o imagine plastică a acestui mijloc modern integrat în demersul terapeutic, computerul apărând personificat, fapt care întărește ideea convertirii modelului bidimensional *terapeut – subiect logopat* într-unul tridimensional (*terapeut – computer – subiect logopat*).

Profesorul logoped care se adaptează schimbărilor prezentului se evidențiază printr-un *stil didactic creativ*, cu deschidere spre inovație, dovedind mai multă flexibilitate în comportamentul său terapeutic, fiind mai receptiv la ideile și experiențele noi, la provocările generate de *informatizarea învățământului*. La polul opus se află terapeuții predispuși unui *stil rutinier*, rigizi, refractari la schimbare, înclinați spre convențional, care rămân tributari practicilor tradiționale, fiind „imuni” la impactul pe care îl poate avea componenta *învățare/ terapie asistată de computer* într-un demers logopedic.

Prin valorificarea la maximum a competențelor digitale dobândite, orice profesor logoped se poate exprima printr-un comportament terapeutic inovator. Astfel, își poate construi singur *instrumentele de antrenament terapeutic și de evaluare*, folosindu-se de platforme educaționale prefigurate, cu aplicații deschise, flexibile (de exemplu, platforma Jclit) sau de alte programe computerizate.

Platforma educațională Jclit. Platformele educaționale reprezintă mediul de efectuare a *instruirii asistate de calculator*, conținând modele educaționale flexibile, care permit elaborarea unor programe de instruire cu un grad ridicat de accesibilitate, putând fi utilizate și de către profesorii neprogramatori.

Diferența dintre un soft obișnuit și platforma educațională Jclit constă în faptul că aceasta, pe baza aplicațiilor existente, îi permite logopedului să-și construiască propriul conținut elearning, pe când un soft educativ obișnuit este utilizat în formula în care a fost deja creat și introdus pe piață. Profesorul logoped este cel care își concepe conținutul elearning sub forma unui set diversificat de exerciții ludice pe care îl pune la dispoziția subiecților logopați.

M. Bazarciuc (2009) pledează pentru includerea programului Jclit în activitatea instructiv-educativă cu copiii cu CES, aducând următoarele argumente:

- este ușor de achiziționat, putând fi descărcat în mod gratuit de pe internet;
- oferă o gamă variată de aplicații ușor de integrat în demersul corectiv-recuperator;
- poate fi aplicat cu succes de către orice profesor care dispune de competențe digitale.

Ca argumente suplimentare, putem sublinia câteva aspecte care vizează integrarea acestei platforme educaționale în demersul logopedic:

- permite introducerea de conținuturi elearning personalizate, raportate la potențialul intelectual și lingvistic al subiecților incluși în terapie;
- atractivă prin formă și diversitate ludică, sporește interesul subiectului logopat pentru activitatea logopedică (vezi Foto 1, 2).



Foto 1, 2. Integrarea platformei Jcllic în demersul logopedic

Jcllic-ul întrunește principiile de eficiență ale unui soft educativ, deoarece:

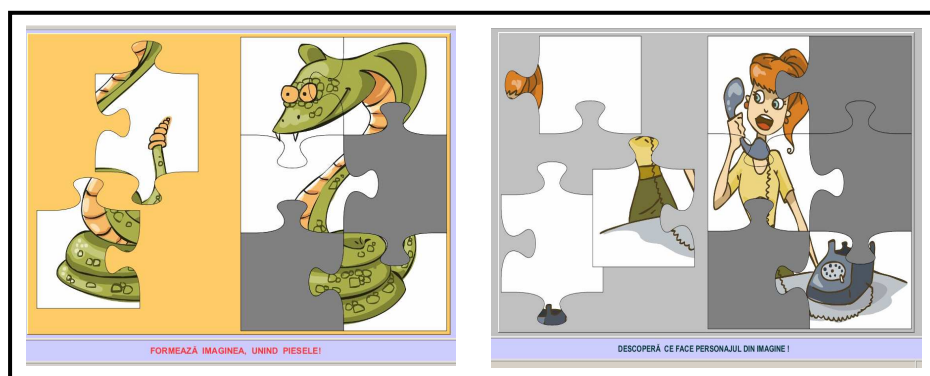
- dispune de o multitudine de aplicații structurate pe principiul *rezolvării de la simplu la complex* (de exemplu, cele mai simple sunt aplicațiile gen “puzzle”, iar mai complicate, cele care necesită abilități lexico-grafice);
- fiecare aplicație permite conceperea unui conținut elearning pe *nivele de dificultate* (ușor, mediu, greu/dificil), iar profesorul logoped își alege nivelul corespunzător potențialului cognitiv al subiectului logopat;
- oferă *indicii de rezolvare* și *întărire pozitivă adecvată*, generând un grad de activizare ridicat și un feedback afectiv pozitiv din partea elevilor;
- conține *parametri de evaluare* (timp, număr de încercări și erori) și *indici pentru identificarea greșelilor* (feedback vizual și sonor). (Marinache, 2010)

Prin intermediul aplicațiilor încorporate, platforma educațională Jcllic permite construirea unui demers terapeutic individualizat și gradat ca dificultate, cu secvențe computerizate de antrenament terapeutic sau de evaluare, care să se îmbine cu modalitățile clasice de terapie.

Aplicațiile din cadrul platformei Jcllic permit concerea unor exerciții cu rol de stimulare cognitivă, de exersare a copilului în diverse planuri: *psihomotric* (exerciții de reconstituire imagistică dintr-un număr gradat de piese puzzles), *mnezic* (exerciții de stimulare a memoriei vizuale) și *lexico-grafic* (exerciții pentru consolidarea achizițiilor de scris-citit).

1. Exercițiile tip *puzzle*, de reconstituire a întregului din părți, pot fi concepute pe *nivele de dificultate*. Aplicația permite a se interveni atât în privința numărului de piese, cât și asupra liniei de demarcație între componente (linie frântă, ondulată), accesibilizând sau complicând exercițiul. Interesul copiilor preșcolari crește în momentul în care descoperă un suportul imagistic cu care sunt familiarizați, dar care este integrat într-un joc de *sinteză perceptuală*. Asemenea exerciții au valențe formative multiple, permițând atingerea unor obiective terapeutice de genul:
 - consolidarea sunetului vizat în poziții diferite în cuvânt printr-un exercițiu de vorbire reflectată și/sau independentă (denumire imagistică; integrare propozițională după suport imagistic);
 - fixarea noțiunilor de schemă corporală prin introducerea unor figurine reprezentând siluete umane și/ sau animale;
 - exersare în planul orientării, organizării și structurării spațiale (prin indicatori verbali: “Găsește colțul drept de sus !” etc.);
 - dezvoltarea capacității de analiză și sinteză perceptuală (prin reconstituirea imagistică);
 - activizarea/ dezvoltarea vocabularului, prin exersarea *noțiunilor integratoare*;
 - dezvoltarea capacității de integrare propozițională (după suport imagistic și indicatori verbali) etc. (vezi Foto 3, 4).

Foto 3, 4. Aplicații cu conținut elearning – Denumire imagistică (puzzle)
Integrare propozițională (puzzle)



2. Pentru exersarea *memoriei și a atenției vizuale*, pot fi utilizate aplicațiile de stimulare în plan mnezic. Cele mai indicate sunt exercițiile tip *memo* cu imagini cunoscute, care reprezintă lucruri și ființe familiare (obiecte, animale, persoane) de care copilul este atașat. Astfel, subiectul logopat este stimulat intrinsec să le caute, formând perechi. Exercițiul respectiv poate fi introdus și ca exercițiu de vorbire independentă (prin *denumire imagistică și identificarea pluralului substantivelor*).
3. Pentru consolidarea achizițiilor în *plan lexico-grafic*, se recomandă aplicațiile tip *asociere imagine – literă – sunet* în poziții diferite în cuvânt; *asociere imagine – cuvânt*; *completare de propoziții/ text lacunar* (prin selectarea variantei de răspuns); *completare rebus*. Copilul de vârstă școlară mică beneficiază în exercițiul său de *indici pentru identificarea greșelilor* (feedback vizual și sonor): literele sau cuvintele greșite sunt înroșite și copilul este avertizat sonor la scrierea incorectă a acestora.

Aplicațiile de tip *asociere imagistică* permit conceperea de exerciții pentru formarea sau dezvoltarea comportamentului verbal – cu accent pe *emitere* (prin *denumire imagistică*), *vocabular tematic* (prin asocieri logice între imaginile obiectelor din aceeași categorie) și *integrare propozițională*.

Utilizarea platformei Jclic face apel la competențele digitale și pedagogice de care dispune logopedul. Elaborarea conținutului elearning și integrarea lui în activitatea terapeutică este expresia *originalității terapeutului*. Referindu-se la necesitatea valorificării portofoliului de competențe digitale și profesionale, E. Danciu (2011, 23) face următoarea mențiune: „Terapeutul nu trebuie să devină un specialist în informatică, ci trebuie să știe să utilizeze eficient resursele existente”.

Prin asocierea secvențelor clasice de terapie cu cele de *învățare/ terapie asistată de computer*, prin utilizarea aplicațiilor platformei Jclic sau a altor programe computerizate (soft-uri educative, logopedice), orice logoped are posibilitatea de a-și eficientiza demersul terapeutic, oferind o alternativă la terapia logopedică tradițională

Concluzii. Acest articol nu pledează pentru utilizarea excesivă a computerului în actul terapeutic, ci pentru o mai *mare flexibilitate în comportamentul terapeutic*, prin integrarea TIC în terapia recuperatorie a tulburărilor de limbaj.

Logopedul prezentului trebuie să învețe să îmbine într-o formă echilibrată modalitățile tradiționale de terapie cu mijloacele moderne, respectând parcursul clasic, dar manifestând deschidere și către elementul inovator. Numai o implementare corectă a TIC în procesul de învățare - terapie desfășurat cu subiecții logopați are valențe formative în planul dezvoltării personalității acestora și, respectiv, în sfera comportamentului lor verbal. Pentru a fi eficiente, mijloacele TIC trebuie combinate cu tehnici, procedee și mijloace de învățare/terapie tradiționale, devenind atât instrumente de antrenament terapeutic, dar și o modalitate de depășire a barierelor în cunoaștere și comunicare. Secvențele de *învățare/ terapie asistată de computer* trebuie să ocupe o pondere aparte în cadrul activității logopedice, dar nu să suplinească modalitățile tradiționale de terapie, ci să devină o strategie complementară lor.

Bibliografie:

Bazarciuc, M. (2009). Building Digital Competence And Using E-Learning Platforms In Therapy And Teaching Activities For Mentaly Disabled Children. În International Conference *Directions and Modern Strategies for Training and Improvement in Human Resources Field*. București.

Danciu, E. (2011). Modalitățile de implicare a calculatorului în terapia recuperatorie. În *LOGOS. Diagnostice logopedice*, 20, 21-24.

Istrate, O. (coord.). (2002). *Utilizarea noilor tehnologii ale informației și comunicării în educație*. București: Institutul de Științe ale Educației, Departamentul Curriculum.

Marinache, A. (2010). Tradițional și modern în demersul terapeutic-recuperator desfășurat cu copiii cu CES. În *INFO Psihoeducațional tulcean*, 3-13. Tulcea: Editura Karograf.

Moreira, A., Moreira, J.R. și Almeida, A. M. (2009). Preparing special education frontline professionals for a new teaching experience. *Elearning Papers*, 16. www.elearningpapers.eu.

Dislexo-disgrafia – o tulburare de limbaj ce poate fi remediată

**Profesor logoped Valeria Balaban,
Centrul logopedic Interșcolar nr 6, București**

Comunicarea umană, nu apare spontan, ci constituie un lung și dificil proces de învățare, presupunând un efort de lungă durată al individului, în decursul dezvoltării sale ontogenetice. Modul în care copilul își dezvoltă comunicarea este influențat de o serie de factori cum ar fi: ereditatea, mediul de viață și de activitate, preocuparea adulților pentru stimularea vorbirii sale, eficiența demersului didactic, capacitățile intelectuale, afectivitatea și personalitatea acestuia.

La vârsta școlară mică (în jurul vârstei de șase ani), copilul învață să citească și să scrie, act ce presupune existența la copil a numeroase scheme cognitive deja formate, scheme legate de domeniul psihomotor, al cunoașterii schemei corporale, de existența unui auz fonematic bine dezvoltat, deținerea unui anumit vocabular, fixarea lateralității, formarea operațiilor de organizare și structurare spațio-temporală, dezvoltarea aptitudinilor necesare actului lexic – recunoașterea sunetelor, silabelor, cuvintelor, pregătirea scrisului (maturizarea motorie) prin desene, maturizarea cognitivă prin formarea deprinderilor de formă, mărime și culoare, urmată de scrierea elementelor grafice care vor compune literele.

Absența parțială sau totală a acestor scheme, existența unor tulburări la nivel neuronal, conduc la apariția dificultăților de scris-citit. Având o etiologie diversă, de natură organică, funcțională, psiho-neurologică sau psiho-socială, tulburările scris –cititului au fost definite în literatura de specialitate de numeroși autori, ca fiind o tulburare ce împiedică copilul să-și însușească competențe de bază în domeniul cititului și al scrisului într-un ritm firesc vârstei.

Tulburările limbajului scris- citit se manifestă atât la copilul dezvoltat normal din punct de vedere auditiv și intelectual, cât pe fondul deficitului auditiv, vizual și intelectual. Copilul ce prezintă dislexie manifestă neputința de a identifica și de a citi cuvinte ca un întreg cu o anumită semnificație, își concentrează atenția pe realizarea citirii cuvintelor, fiind împiedicată astfel înțelegerea cursivă a textului, confundă constant și repetat fonemele asemănătoare acustic, face confuzii între litere și grafia lor, inversează, adaugă, omite litere, grafeme, cuvinte, are dificultăți în combinarea cuvintelor în unități mari de limbaj, contopește cuvinte, scrie ca în oglindă etc.

Copilul ce prezintă dislexo-disgrafie are parte de eșecuri și conflicte permanente, este convins că nu poate depăși dificultățile întâmpinate, se simte inutil, inferior colegilor de clasă, nu prezintă motivație pentru învățare. Din aceste motive apar, adeseori la acești copii dificultăți de integrare socială prin manifestarea unor comportamente antisociale și instalarea unor trăsături caracteriale negative: negativism, descurajare, inerție, nepăsare, teamă de insucces, izolare, teama de a citi, teama de a scrie după dictare, mergând uneori până la abandon școlar. Este binecunoscut faptul că la vârsta școlară mică încă se întâlnesc imperfecțiuni ale vorbirii, în special în ceea ce privește grupa sunetelor siflante, șuierătoare, africcate și vibrante, aceste tulburări de pronunție pot fi transpuse în actul citit-scrisului dacă nu s-a intervenit logopedic pentru corectarea lor.

Diagnosticul de dislexo-disgrafie se pune de logoped în urma unei evaluări complexe, după scurgerea timpului necesar pentru învățarea scris-cititului, ce diferă în funcție de motivație, de dezvoltarea psihică, de efortul depus de logopat precum și de metodele folosite de învățător și de logoped. La copilul cu intelect normal diagnosticul se poate pune la sfârșitul clasei I și începutul clasei a II a, când media copiilor își însușesc scris-cititul.

În corectare logopedul va avea drept obiectiv prioritar realizarea diagnosticului diferențial. Logopedul va stabili dacă mai există o altă deficiență de natură intelectuală, senzorială sau psihică, dacă mai sunt și alte tulburări ale limbajului la același subiect (tulburări de pronunție, bâlbâială, disfazie de dezvoltare). Logopedul va ține cont de nivelul intelectual al logopatului, de rezultatele școlare ale acestuia, de relația pe care o are cu învățătorul și cu familia sa, de motivația pe care logopatul o prezintă pentru propria corectare. Corectarea logopedică va începe de la primele semne de manifestare.

Se pornește de la nivelul la care se află subiectul, materialele de lucru să fie cât mai apropiate de viața de zi cu zi a copilului, dacă există o altă tulburare de limbaj aceasta va avea prioritate în corectare(de exemplu bâlbăială). Logopedul va elabora planul de intervenție ce va urmări metodele cu caracter general cât și metodele specific corectării dislexo-disgrafiei. În activitatea corectiv-recuperatorie se va utiliza psihoterapia, terapia comportamentală, jocul didactic, jocul de rol pentru a face din logopat un partener în propria recuperare, recuperare ce presupune un timp îndelungat.

În cabinetul logopedic, copilul cu tulburări de scris citit se va simți în siguranță alături de specialistul logoped, care nu-l va nota și dojeni pentru greșeli, dimpotrivă îl va ajuta să-și conștientizeze greșelile și să se corecteze. Ne-am întâlnit adesea cu elevi ce prezentau tulburări de citit-scris, atât în învățământul special cât și în învățământul de masă. Primul aspect al corectării a constat în stabilirea unei relații de apropiere și de încredere între terapeutul logoped și copilul aflat în dificultatea de a-și însuși citit-scrisul. Ne-am folosit de metode moderne de învățare, de calculator cu diverse programe educative interactive.

Activitățile sunt variate, pentru a nu interveni oboseala și monotonia, ne-am folosit de plastilină pentru a modela grafemele și unele cuvinte simple, am trasat grafemele în aer, pe bancă, se poate folosi jocul scrabble, decupajul grafemelor pe carton, sublinierea cu o anumită culoare a grafemelor în texte simple. Vor fi recuperate aspectele ce țin de structura psihomotricității deficitare. În literatura de specialitate sunt enumerate metode și tehnici variate de recuperare. Logopedul este acela care selectează, adaptează și utilizează metodele și tehnicile în funcție de fiecare copil

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

FAMILIA ȘI COPILUL AUTIST

Prof. logoped Nina Manea

Centrul Logopedic Interșcolar nr. 7, București

Un copil cu autism creează o stare de dezechilibru în familie atât în momentul aflării diagnosticului cât și mai târziu. Copilul începe să ocupe un loc central în familie. Echilibrul și relațiile intrafamiliale sunt afectate de el în mod predominant.

La naștere totul pare a fi în ordine cu copiii ce suferă de autism și pot trece multe luni până când mama unui bebeluș, dealtfel sănătos, activ și care arată normal, să înceapă să suspecteze că ceva nu este în ordine. Poate că primul indiciu pe care aceasta îl va avea este că bebelușul nu răspunde avansurilor sale jucăușe așa cum o fac bebelușii în general. Este posibil ca ea să descopere că, în timp ce alți copii întind brațele spre mamele lor când vor să fie ridicați, copilul ei nu face acest lucru.

Mama începe să trăiască un sentiment de disconfort întrucât simte că acesta este oarecum indiferent față de ea ca persoană sau pentru că nu o privește și nu îi zâmbeste așa cum bebelușii altor mame o fac într-un mod absolut natural. Toți copiii încep prin a trăi într-o mică lume numai a lor, dar copiii cu autism continuă să facă acest lucru și la vârste mai înaintate și într-o așa măsură încât în cele din urmă mama nu poate să nu observe acest lucru.

În mod tipic, mama copilului cu autism se îngrijorează pentru că își dă seama că nu poate “pătrunde” până la el. Acesta poate plânge ore în șir sau poate țipa neconsolat, în ciuda eforturilor ei iubitoare de a-l alina; pe de altă parte, copilul poate fi neobișnuit de “bun”, stând cuminte ore în șir fără a-i solicita atenția în nici un fel și părând neinteresat atunci când mama îi oferă atenția sa. Odată cu trecerea timpului, dizabilitatea copilului cu autism devine din ce în ce mai evidentă pentru familia sa. Atunci când părinții încearcă să îi capteze atenția vorbindu-i, acesta pare să îi bage atât de puțin în seamă încât aceștia pot începe să se întrebe dacă nu este surd, și totuși alte ori copilul va reacționa la zgomote de intensitate foarte mică cu o curiozitate iesită din comun sau chiar cu o spaimă inexplicabilă. Când o persoană se apropie de copil acesta o poate trata ca pe un simplu obstacol în calea sa sau poate deveni fascinat de o parte din ea, cum ar fi mâna, jucându-se cu ea așa cum ar face cu o jucărie nouă; reacția socială lipsește.

Atunci când sunt puși în situații ciudate sau neprevăzute, copiii obișnuiți (între 12 și 36 luni) se uită la mamă pentru a primi un zâmbet încurajator, fapt care le dă încrederea necesară pentru a-și depăși ezitarea și teama; dar, din motive ce nu sunt încă pe deplin înțelese, copiii cu autism par să fie mai puțin capabili să înțeleagă gestică, mimica sau tonul vocii care servește pentru a le spune copiilor normali ceea ce mama sau alte persoane apropiate din jurul lor gândesc și simt. Copiii cu autism rămân astfel ruși de realitate și izolați într-o lume a lor, ciudată și singuratică. Uneori, până și obiecte sau evenimente obișnuite par să îi deranjeze și să îi înspăimânte, iar când se întâmplă acest lucru, părinților le este foarte greu să pătrundă până la ei, să îi aline și să îi elibereze de temeri. În particular, copiii cu autism par adesea copleșiți emoțional de o schimbare oricât de mică în tiparul familial al vieții de zi cu zi - o călătorie în mașina altcuiva, de exemplu, sau o rearanjare a mobilierului pot fi întâmpinate cu o suferință intensă ca și cum întreaga siguranță a copilului ar fi amenințată.

Întrucât copiii cu autism au probleme în a “înțelege” alte persoane, aceștia sunt mai greu de controlat de către părinți decât copiii normali. Privirea severă sau tonul schimbat al vocii, pe care copiii obișnuiți le interpretează cu ușurință ca un avertisment cum că mama vorbește serios, îl vor lăsa nepăsător pe un copil

cu autism : acesta nu poate înțelege ce îi comunică mama. Problemele de care se izbește o mamă în încercarea de a face un asemenea copil să se comporte normal sunt evidente; în mod paradoxal, sarcina ei este și mai mult îngreunată de faptul că respectivul copil arată normal din punct de vedere fizic. Persoanele care nu cunosc foarte bine familia pot să nu își dea seama că acest copilul suferă de un handicap, ci vor vedea un copil aparent normal dar cu desăvârșire obraznic, a cărui mamă pare că nu reușește deloc să-l controleze. Mamele copiilor cu autism trebuie să suporte critici nemeritate, rostite și nerostite, din partea apropiaților și a persoanelor străine care nu înțeleg starea copilului și care privesc eforturile ei de a-l proteja în fața ostilității lor ca o dovadă clară că acesta este răsfățat. Ruși total de ceilalți și trăind în propria lor lume fantastică, copiii cu autism dezvoltă adesea mici ritualuri ciudate cum ar fi alergatul în vârful picioarelor sau învârtitul în jurul axului corporal, ceea ce face comportamentul lor să pară și mai bizar observatorului neavizat. Acești copii pot petrece o mare parte a timpului obsedați de o anumită jucărie sau de un obiect anume - de obicei unul care poate fi răsucit sau învârtit sau care reflectă lumina într-un mod interesant. Pot de asemenea dezvolta mișcări caracteristice ale mâinii și ale degetelor, ca și cum a vedea și simți aceste tipare familiare și repetitive de mișcare le conferă un sentiment de siguranță și îi asigură că pot cel puțin controla această mică parte a lumii, lume care lor li se pare haotică și imprevizibilă

În mod normal, mamele și copiii dezvoltă între ei un fel de limbaj specific/privat al vocii și al tonului, al mișcărilor corpului sau al gesticii și mimicii, care le permite să se înțeleagă reciproc cu mult timp înainte ca un bebeluș să înceapă a deprinde sensul cuvintelor. Faptul că copiii cu autism nu reușesc să învețe acest limbaj timpuriu fără cuvinte poate duce la probleme majore în educația lor: lipsa vorbirii. Majoritatea copiilor cu autism nu încep să vorbească așa cum o fac copiii obișnuiți. Ei pot să nu vorbească deloc, ca și cum nu ar vedea sensul comunicării cu alte persoane; sau pot vorbi într-un mod mecanic, imitativ, papagalicesc, ca și cum ar fi învățat un zăngănit dificil dar lipsit de sens. În oricare din cazurile de mai sus, inabilitatea de a vorbi spontan și fără efort la o vârstă timpurie implică consecințe grave pentru orice copil; pentru copilul cu autism, efectul este acela de a-l izola și mai mult de tot ce se întâmplă în jurul lui.

Până în prezent nu s-a aflat cauza de bază a autismului. Ceea ce știm este că dacă părinții pot fi ajutați și consiliați din timp și dacă respectivii copii pot beneficia de profesori înțelegători și experimentați, atunci mulți dintre ei pot fi eventual scoși din izolarea lor teribilă și ajutați să aibă o viață mai normală pe viitor. Educarea unor astfel de copii cere multă înțelegere, timp, răbdare și efort continuu. Metodele de educare specializate pot, în cele din urmă, să pătrundă până la copil, învățându-l să comunice și să își dorească să comunice, ajutându-l să își controleze temerile și nesiguranța și permițându-i într-un final să învețe să trăiască.

Terapia copilului cu autism determină modificări în întreaga familie, datorită dependenței copilului față de părinți. Părinții își asumă responsabilitatea ca și co-terapeuți pentru copil. Aceste schimbări produc modificări de rol și status în familie, iar întreaga lor viață se transformă.

Rutina de îngrijire zilnică, problemele economice, primirea ajutorului potrivit și educația sunt principalele greutăți întâmpinate de părinții copiilor cu autism sau cu alte dizabilități. Diagnosticul confuze, problemele de comportament și de sănătate, precum și sentimentele de însingurare se adaugă acestor greutăți. O dizabilitate severă înseamnă un copil mai dependent, o mai mare responsabilitate care apasă pe umerii părinților ceea ce le induce o anxietate crescută. Așadar, părinții care cresc un copil cu autism se confruntă cu multe dificultăți :

Dificultăți de interacțiune socială

Părinții se confruntă zilnic cu reacțiile altor copii/persoane care nu cunosc tulburarea de comunicare, autismul. Aparenta sau reala indiferență a copilului față de părinți este o adevărată tragedie emoțională pentru ei. Cu toate acestea părinții sunt cei în măsură să-i ajute pe ceilalți să-și depășească fricile și prejudecățile, să-și accepte propriile responsabilități sociale și să-și exploreze potențialul de a vedea viața dintr-o altă perspectivă și anume din cea a unei persoane cu autism.

Dificultăți de comunicare

Părinții observă repede problemele de comunicare ale copilului. Avem aici un copil privat de posibilitatea de a primi și trimite semne de dragoste, de a-și exprima sentimentele, nevoile. Ei nu pot descifra mesajele comunicative care pentru noi sunt foarte clare.

Dificultăți de comportament.

Viața alături de un copil autism este foarte grea ; agresivitate, autostimulare, tulburări de somn și de alimentație, hiperactivitate. Nu există vacanțe, nu te poți îmbolnăvi, relațiile din familie devin încordate, frații și surorile sunt neglijate, familia se află într-o situație de stres cronic.

Dificultăți legate de false credințe, prejudecăți și vinovăție.

Credința ca autismul poate fi provocat de o relație săracă dintre mama și copil este un factor adițional de stres. Părinții reflectează la nesfârșit asupra trecutului și sentimentul de vinovăție accentuează problemele cuplului și subminează relația deja dificilă cu copilul. La fel de riscantă este și credința că toți copiii cu autism sunt foarte inteligenți (trei din patru copii cu autism au dizabilități intelectuale).

Dificultăți de relații interpersonale.

Prietenii de familie și cunoscințele privesc comportamentele bizare ale copiilor ca pe niște semne de impolitețe. Așadar, familia trebuie să facă față nu numai dificultăților inerente creșterii unui copil așa dificil dar și judecăților, criticilor și intoleranței celor din jur, când, dimpotrivă , ei au mare nevoie de sprijin și suport.

Dificultăți despre un viitor incert.

„Ce se va întâmpla cu copilul nostru, cand noi nu vom mai fi în preajma lui ?„, este întrebarea care îi preocupă pe părinți la nesfârșit. Teamă pentru viitorul copilului este prezentă, zi de zi.

Izolarea.

Mama copilului este deseori obligată să renunțe la serviciu, din cauza lipsei de servicii adecvate pentru copilul său și, încetul cu încetul, ajunge să se închidă într-o relație exclusivă cu copilul ei, relație care o desparte și o izolează de restul lumii. Părinții trebuie deseori să cerșească ca pe o favoare ceea ce este un drept inatacabil pentru alții. De aceea, se simt ei înșiși respinși și marginalizați, singuri împotriva lumii.

Consilierea psihologică a părinților este o acțiune necesară pentru schimbarea și adaptarea unor noi strategii familiale, pentru o dinamică funcțională a familiei.

COLABORARE ȘI PARTENERIAT PENTRU RECUPERAREA LIMBAJULUI LA COPIII CU CES INTEGRAȚI ÎN ȘCOLI ȘI GRĂDINIȚE NORMALE

Prof. logoped Luminița Stancu
Centrul Logopedic Interșcolar 8, București

SPRIJIN ȘI RESURSE ÎN RECUPERAREA COPIILOR CU CES

Pentru a se asigura egalizarea șanselor educaționale ale copiilor cu CES integrați, aceștia trebuie sprijiniți atât la nivelul școlii cât și al comunității. Măsurile de suport pot fi foarte variate, de la schimbarea orarului, clasei, conținuturilor curriculare, asigurarea accesibilității fizice sau de comunicare alternativă, cadre didactice specializate, profesori de sprijin la clasă sau în afara ei, forme de sprijin în afara timpului de lecții, inclusiv în colaborare cu familia și alți factori implicați în recuperarea lui pe toate planurile.

O abordare fundamentală pentru succesul școlar și recuperarea deficiențelor de învățare ale copiilor cu CES este accentul mare pus pe solidaritate și activitate în echipă (atât în clasă și în școală, cât și în afara ei, atât din partea celorlalți beneficiari ai educației cât și a cadrelor didactice) și mai puțin pe competiție (așa cum este ea măsurată prin evaluări, mai ales prin note).

Factorul determinant al succesului integrării și adaptării școlare este educatorul/învățătorul/profesorul clasei și în mod deosebit așteptările acestuia față de copilul cu deficiențe. Dacă acesta consideră că un anumit copil este incapabil să învețe sau este așezat rigid într-un “pat procusian” – “acest copil doar atât poate”/ “acest copil nu poate executa această sarcină precum ceilalți copii” – șansele de succes ale acestuia sunt minimalizate de la început. Dacă, dimpotrivă acesta are încredere în posibilitățile tuturor copiilor, chiar și cei mai lenți decât aceștia pot obține rezultate mai bune. Pentru copiii cu CES acest “efect Pygmalion” are o importanță covârșitoare. Profesorul nu trebuie să accentueze dificultățile copilului sau să creeze altele noi. Întreg sistemul de strategii și metode utilizate de acesta la clasă precum și **colaborarea dintre cadrele didactice implicate în educarea-instruirea-adaptarea-recuperarea copilului cu CES** din școală/grădiniță, dintre acestea și alte persoane din afara ei, pot contribui semnificativ la reușita școlară a copilului cu diverse deficiențe.

RECUPERAREA LIMBAJULUI LA COPIII CU CES INTEGRAȚI ÎN ȘCOLI ȘI GRĂDINIȚE NORMALE

În circumscripțiile noastre logopedice întâlnim frecvent în ultima vreme copii cu deficiențe intelectuale, psihice, de dezvoltare, senzoriale, locomotorii, cu dificultăți specifice de învățare, cu tulburări de comportament sau de conduită socioafectivă, cu boli cronice sau genetice, copii la care tulburarea de limbaj este o consecință a uneia dintre aceste deficiențe.

În practica personală am întâlnit copii cu următoarele **TIPURI DE DEFICIENȚE**:

- Deficiențe intelectuale ușoare sau moderate, intelect liminar
- Retard general de dezvoltare
- Boli și sindroame genetice (Down, Bardet_Biedl, Sindromul X fragil, sindromul Prader-Willi, sindrom Angelman, sindrom Turner etc)
- Malformații congenitale (Palatoschizis sau cheiloschizis (“ buza de iepure”), Cheilopalatoschizis (“gura de lup”), anchiloglosie, prognatism, progenie, agenozii de membre sau organe)
- Autism, sindrom Asperger
- ADD, ADHD
- Deficiențe senzoriale(hipoacuzii, tulburări de vedere)
- Boli neurologice, disfuncții de sistem nervos central, infecții severe care duc la deficiențe locomotorii
- Tulburări de învățare
- Tulburări de comportament sau ale conduitei socioafective
- Tulburări metabolice și boli autoimune (diabet, hipopituitarism, obezitate, HIV)

Aria tulburărilor de limbaj la copii cu CES **este vastă ca și la copilul normal doar ca depinde în mare măsură de specificul deficienței acestora:**

- Tulburări de dezvoltare generală limbajului: nedevelopare / întârziere a vorbirii, mutism psihogen
- Tulburări de pronunție/articulare: dislalii simple sau polimorfe, centrale sau periferice, ușoare sau severe, obișnuite sau audiogene, dizatrii, rinolalii
- Tulburări de ritm și fluentă a vorbirii: bâlbâiala, logonevroza, tahilalie, bradilalie
- Tulburări ale vocii: afonie, disfonie, fonastenie, mutația fiziologică sau patologică a vocii, micro/macrofonie
- Tulburări ale limbajului scris-citit:dislexie, disgrafie sau sindrom dislexico-disgrafic
- Tulburări polimorfe: alalie, afazie

SPECIFICUL TERAPIEI LOGOPEDICE LA COPILUL CU CES INTEGRAT

Copiii cu CES integrați necesită:

- un **efort mai mare** din partea factorilor implicați în recuperarea lui pluridisciplinară
- asigurarea unui **suport, sprijin în învățare-recuperare** prin convergența eforturilor factorilor implicați într-o echipă interdisciplinară
- **programe terapeutice adaptate** particularităților lor de dezvoltare și diagnostic
- **instrumente de lucru și materiale specifice**
- uneori și **ambianța de lucru diferită**, adaptată posibilităților lor de acces și învățare-recuperare.

În cazul acestor copii cu CES, terapia logopedică este esențială. Ea presupune, indiferent de tipul

tulburării de limbaj următoarele **etape**:

- depistarea copilului cu CES și tulburări de limbaj
- evaluarea complexă: studierea cazului (istoricul medical, studiul documentelor medicale relevante pentru logoped, rapoarte medicale, bilete de ieșire din spital, certificate de încadrare într-o categorie de persoană cu deficiențe, anamneza cu specific logopedic, convorbiri cu membrii familiei, însoțitorul, aparținătorul legal, asistent maternal, etc), examinare psihologică, examinare logopedică
- studiul teoretic al cazului, deficienței, documentarea
- identificarea persoanelor care se ocupă cu îngrijirea, educarea, instruirea și recuperarea copilului
- alcătuirea unei echipe de colaboratori în vederea recuperării limbajului copilului cu CES
- proiectarea unui plan de intervenție logopedică în funcție de diagnostic
- intervenția propriu-zisă
- alegerea în parteneriat a unor modele de colaborare în vederea recuperării limbajului dincolo de cabinetul logopedic
- evaluări periodice și evaluarea finală
- feedback-ul

AMENAJAREA/ADAPTAREA SPAȚIULUI DE TERAPIE LOGOPEDICĂ PENTRU COPILUL CU CES INTEGRAT

Uneori cabinetul logopedic nu are acces facil copilului cu CES atât ca amplasare în unitatea școlară (etaj) cât și ca distanță față de domiciliul sau grădinița/școala frecventată de copil, mai ales dacă acesta prezintă deficiențe sau locomotorii senzoriale; terapia logopedică se poate desfășura în acest caz fie în altă sală, încăpere din aceeași unitate școlară unde copilul poate ajunge cu ușurință, fie în unitatea școlară a copilului, dacă aceasta e dotată corespunzător, sau dacă exista deja o cameră de resurse.

Alteori același cabinet logopedic trebuie amenajat, dotat, ordonat conform nevoilor, particularităților fizice și psihice ale copiilor cu CES care-l frecventează; pentru un copil cu tulburări de vedere se creează o luminozitate mai mare, se amplasează masa, biroul lângă fereastră, pentru unul cu ADHD se reduc elementele din ambianță care pot constitui stimuli perturbatori, incitanți, pentru cel autist se creează o atmosferă veselă, stimulată, cu elemente atractive, cu conotații personale, în funcție de preferințe, pentru un copil cu astm se exclud factorii alergeni,etc

ADAPTAREA METODELOR, TEHNICILOR SI PROCEDEELOR LOGOPEDICE LA SPECIFICUL DEFICIENȚEI COPILULUI CU CES INTEGRAT

- Metodele și tehnicile genererale în terapia tulburărilor de vorbire la copiii cu CES sunt, în mare, aceleași ca și pentru copilul normal, diferă doar accentul pus pe una sau alta dintre ele precum și durata, ponderea ei ca timp într-o ședință sau pe parcursul terapiei; de ex.:
 - la un copil cu IMC, tetrapareză spastică sau alte tulburări neuromotorii o pondere mare va avea educarea mișcărilor articulatorii, exercițiile pentru mobilizarea aparatului fonoarticular necesitând mai multe ședințe
 - la copilul cu bâlbâială, crește ponderea exercițiilor pentru educarea respirației
 - la copilul cu tulburări auditive, exercițiile pentru dezvoltarea auzului fonematic
- Metodele și tehnicile specifice de recuperare se particularizează mai mult pe tipul deficienței pe care se suprapune diagnosticul logopedic;
 - la un copil cu retard intelectual și dislalie sprijinul e mai vast, accentul poate cădea mai mult pe demonstrație, pe suporturi intuitive, pe softuri logopedice, pe selectarea cuvintelor uzuale, reducerea complexității exercițiilor
 - la copilul cu CES terapia dislexiei-disgrafiei poate pune mai mult accent pe educarea și dezvoltarea capacității de orientare și structurare spațială, pe exercițiile pentru dezvoltarea musculaturii mâinilor și degetelor.

NECESITATEA PARTENERIATULUI

O abordare fundamentală pentru succesul activității terapeutice și recuperarea deficiențelor de limbaj și de învățare ale copiilor cu CES este accentul mare pus pe solidaritate și activitate în echipă, atât în cabinetul logopedic, cât și în afara lui, atât din partea celorlalți factori implicați în creșterea, îngrijirea și educarea copiilor cât și a cadrelor didactice cu care aceștia intră în contact.

Putem vorbi de:

- COLABORARE ȘI PARTENERIAT INTRE CADRELE DIDACTICE
- COLABORARE ȘI PARTENERIAT CU FAMILIA

Cooperarea și parteneriatul în asigurarea sprijinului la clasă pentru copiii cu CES integrați au în vedere modalități de intervenție și sprijin în echipă pentru facilitarea instruirii acestor copii și pentru recuperarea lor, atât în ceea ce privește deficiența lor psihofizică în general cât și a limbajului în special.

Profesorul logoped are o pondere însemnată în această reușită prin activitatea sa de recuperare, corectare a limbajului sub toate aspectele, ajutându-l pe copil atât să se facă mai ușor înțeles de ceilalți, să comunice cu mai multă ușurință și interes, precum și să-și însușească mai bine actul lexico-grafic.

Cadrele didactice implicate în această echipă sunt profesorul de clasă și celelalte persoane cu statut de cadru didactic implicate în instruirea-recuperarea copilului: profesor de sprijin, logoped, kinetoterapeut, etc

Cadrul didactic de la clasă poate oferi informații logopedului cu privire la comportamentul verbal al copilului și poate semnaliza tulburările de scris-citit survenite pe parcurs, după examinarea logopedului; el poate sprijini la rândul lui logopedul în demersul terapeutic prin însușirea unor tehnici specifice de corectare.

Constituirea unui parteneriat între cadrul didactic de la clasă obișnuită și cel specializat se poate realiza în forme variate, în funcție de circumstanțe și de preferințele consensuale. Indiferent de maniera adoptată fiecare are o experiență și o importanță crucială pentru succesul școlar al copilului cu CES integrat.

Angajarea și responsabilizarea familiei în demersul terapeutic este fundamentală pentru reușita recuperării. La orice copil, în mod particular la cel cu CES, gradul de interes și de colaborare a părinților cu grădinița sau școala și în cazul nostru cu cabinetul logopedic este cel mai adesea direct proporțional cu rezultatele obținute de copii. Formele de colaborare și sprijin reciproc sunt diverse, deoarece, ca și în cazul copiilor, familiile sunt diferite, necesitățile lor de a fi sprijinite sau posibilitățile de a oferi sprijin pot fi extreme de diverse..

O colaborare eficientă trebuie să se bazeze pe respect reciproc, atitudine imparțială, empatie față de părintele copilului cu CES.

Forme de colaborare cu familia:

- activități de oferire de informații: familiile primesc informații despre deficiența copilului
- activități de împărtășire de informații: ședințe pentru planificarea programelor de intervenție, a activităților de colaborare; informațiile vin din partea ambelor părți.
- sprijin colaborativ pentru recuperare (intervenții comune, membrii familiei lucrează împreună cu logopedul pentru fixarea obiectivelor planului de recuperare)
- pregătirea părinților: învățarea și acumularea cunoștințelor și tehnicilor folosite de părinți în vederea recuperării deficienței copiilor

ECHIPA INTERDISCIPLINARĂ - PARTENERI IN RECUPERARE LIMBAJULUI COPILULUI CU CES

Factorii implicați în recuperarea limbajului la copilul cu CES pot fi, în funcție de deficiența de bază a copilului:

- Logoped
- Familie : părinți, bunici, asistenți maternali, educator-institutor din centrul de plasament
- Educatoare / învățătoare
- Profesor de sprijin
- Psihopedagog / terapeut ABA
- Psiholog / consilier / psihoterapeut
- Medic
- Alt logoped

TIPURI DE COLABORARE IN RECUPERAREA LIMBAJULUI

PRIN COMUNICARE:

- Orală: - informații privind activitatea terapeutică desfășurată în ziua respectivă și îndrumări privind activitățile pentru acasă
- Scrisă: - pe caietele de lucru sau caiete de corespondență
 - pe fișe (modele în anexă); acestea cuprind activități pentru acasă, activități desfășurate sau recomandate pentru ceilalți factori partneri în recuperare, observații semnalate de fiecare, etc

PRIN DEMONSTRAȚIE:

Părintele, însoțitorul:

- asistă la ședința de terapie și urmărește modul de lucru, își însușește strategiile și tipurile de exerciții pentru a le aplica apoi acasă copilului sau
- poate pune întrebări, cere lămuriri suplimentare
- poate recomanda, sugera la rândul lui logopedului modalități de lucru cu copilul cu CES rezultate din experiența sa cu propriul copil și din datele psihocomportamentale ale acestuia.

Instituirea respectului reciproc, a relațiilor empatice, ca bază a unei colaborări autentice între cadrele didactice, copii, familiile lor și specialiști este un proces complex, care cere timp, energie, prudență, adesea mult bun simț și/sau bună credință. În acest proces nu numai copii sunt cei care învață, ci și adulții.

ANEXE

MODELE DE FIȘE DE LUCRU IN PARTENERIAT

FIȘA DE LUCRU IN PARTENERIAT

NUMELE ȘI PRENUMELE COPILULUI:.....

GRADINIȚA/ȘCOALA.....GRUPA/CLASA.....

...

DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC/DE

DEZVOLTARE.....

DIAGNOSTIC

LOGOPEDIC.....

PERSOANE IMPLICATE IN RECUPERAREA COPILULUI, NUME ȘI PRENUME, OCUPAȚIA:

.....

...

MODEL 1

PERIOADA	ACTIVITATE LOGOPED	TERAPEUTICĂ	EXERCIȚII PENTRU ACASĂ
----------	-----------------------	-------------	------------------------

FIȘA DE LUCRU IN PARTENERIAT

NUMELE ȘI PRENUMELE COPILULUI:.....

GRADINIȚA/ȘCOALA.....GRUPA/CLASA.....

...

DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC/DE

DEZVOLTARE.....

DIAGNOSTIC

LOGOPEDIC.....

PERSOANE IMPLICATE IN RECUPERAREA COPILULUI, NUME ȘI PRENUME, OCUPAȚIA:

.....

.....

.....

MODEL 2

PERIOADA	ACTIVITATE TERAPEUTICĂ LOGOPED	EXERCITII PENTRU ACASĂ	OBSERVAȚII DE LA /PENTRU CADRUL DIDACTIC DE LA GRUPA/CLASA, RECOMANDARI
----------	--------------------------------------	---------------------------	---

FIȘA DE LUCRU IN PARTENERIAT

NUMELE SI PRENUMELE COPILULUI:.....

GRADINIȚA/ȘCOALA.....GRUPA/CLASA.....

...

DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC/DE

DEZVOLTARE.....

DIAGNOSTIC

LOGOPEDIC.....

PERSOANE IMPLICATE IN RECUPERAREA COPILULUI, NUME ȘI PRENUME, OCUPAȚIA:

.....

.....

.....

.....

.....

MODEL 3

PERIOADA	ACTIVITATE TERAPEUTICĂ LOGOPED	ACTIVITATE PROFESOR DE SPRIJIN	ACTIVITĂȚI PENTRU ACASĂ
----------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

FIȘA DE LUCRU IN PARTENERIAT

NUMELE ȘI PRENUMELE COPILULUI:.....

GRADINIȚA/ȘCOALA.....GRUPA/CLASA.....

...

DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC/DE

DEZVOLTARE.....

DIAGNOSTIC

LOGOPEDIC.....

PERSOANE IMPLICATE IN RECUPERAREA COPILULUI, NUME ȘI PRENUME, OCUPAȚIA:

.....
.....
.....

MODEL 4

PERIOADA	ACTIVITATE TERAPEUTICĂ LOGOPED	ACTIVITĂȚI TERAPEUT ABA, PSIHOPEDAGOG, PSIHOTERAPEUT	ACTIVITĂȚI PENTRU ACASĂ	OBSERVAȚII MEDICALE
----------	--------------------------------------	---	----------------------------	------------------------

EXEMPLU FIȘĂ COMPLETATĂ

FIȘĂ DE LUCRU IN PARTENERIAT

NUMELE ȘI PRENUMELE COPILULUI: M. L

GRADINIȚA/ȘCOALA: Gr nr 281 GRUPA/CLASA: gr mijlocie A

DIAGNOSTIC PSIHOLOGIC/DE DEZVOLTARE: sindrom Prader-Willi, retard psihic moderat

DIAGNOSTIC LOGOPEDIC: Dislalie polimorfă, întârziere în dezvoltarea limbajului

PERSOANE IMPLICATE IN RECUPERAREA COPILULUI, NUME ȘI PRENUME, OCUPAȚIA:

1.M.C.- mama, 2.S.L. – prof logoped, 3.V.A. – educatoare, 4. G. I. – kinetoterapeut, 5. M.B. – logoped 2

MODEL 2

PERIOADA	ACTIVITATE TERAPEUTICĂ LOGOPED	EXERCIȚII PENTRU ACASĂ	OBSERVAȚII DE LA /PENTRU CADRUL DIDACTIC DE LA GRUPĂ/CLASĂ, RECOMANDĂRI
----------	--------------------------------------	---------------------------	---

Martie 2011 3 martie	Corectarea pronunției sunetului F 1. Impostare F: - exerciții pregătitoare impostării - onomatopee - pronunție sunet - silabe - logatomi - cuvinte cu F inițial	1. Exersați câteva din jocurile de suflat din schemă 2. Repetați onomatopeele în activități diverse, prin joc în special, pe imagini 3. Jocul cuvintelor: exersați cuvintele corectate azi prin joc, pe imagini, puzzle-uri 4. Să alcătuiască propoziții după imagini 5. Corectați-o dacă revine la pronunția inițială 6. ajutați-o să completeze fișa cu desene 7. Jocul “Ghici cine e?”: spuneți-i ghicitori la care răspunsul e unul din cuvintele corectate azi	Acum îl poate pronunța pe F în cuvinte în care acesta apare la început, corectați-o vă rog dacă mai greșește . Dacă, în activitățile desfășurate la clasă, folosiți împreună cu ceilalți copii, jocuri, exerciții, imagini, cuvinte cu acest sunet vă rog puneți-o pe ea să răspundă. Stimulați-o, apreciați-o în fața clasei pt reușită
------------------------------------	--	--	---

Sentimentul de competență și succesul copilului

Profesor logoped Valeria Pârșan
Centrul Logopedic Interșcolar 7-București

Subiect mult discutat în ultimele decade, **competența** este considerată a fi un determinant puternic al funcționării cognitive.

În relație strânsă și directă este **motivația**, ca sursă de competență.

Este important să diferențiem competența de “sentimentul” de competență, pentru a preveni confuzia între cei doi termeni. Nu întotdeauna un individ cu un bun nivel de competență (măsurată) va fi motivat să atingă acel nivel, întrucât competența nu implică, în mod necesar, un sentiment de competență, chiar atunci când conduce la realizări deosebit de înalte; acest sentiment nu este un efect direct al percepției capacității cuiva, ci mai degrabă, formarea acestui sentiment presupune (cere) intervenția unui mediator uman care interpretează puterea și competența și o transformă în cunoaștere, sentiment și constientizarea propriei competențe.

Un copil poate “fi” competent dar “se simte” incompetent. Experiența de viață ar putea fi marcată de inabilitatea de a-și asuma responsabilitatea totală pentru evenimentele majore și luarea deciziilor. Experiențele copilăriei timpurii sunt adesea surse de cunoaștere a limitelor propriilor capacități de a se descurca singur și de a decide singur. De aceea, tendința de a se percepe drept competent este minimă, excepție : jocul compensator, fantesia nerealistă și proiecția dorințelor, adesea observate la copii. În preajma copilului sunt mereu persoane mai mari și mai puternice, ele fac ușor lucruri care cer un efort mult prea mare din partea celui mic. Acestea nu conduc la un sentiment de competență. Adler consideră că această confruntare este o sursă naturală a sentimentelor de inferioritate și incompetență în individ. Nu se întâmplă mereu așa, totuși este prevalent în mulți indivizi.

Pentru a simți competența un copil trebuie să fie competent, altfel sentimentul de competență este nereal, cu origini numai în viața imaginară.

Dar posesia competenței nu garantează convingerea că o posezi, acest sentiment este reflectat în imaginile celorlalți și în interpretarea pe care ei o dau despre comportamentul cuiva ca manifestând competență.

Astfel apar diferențe mari între părinți, în ceea ce privește pregătirea și înclinația lor de a media copilului perceperea propriilor posibilități. Sunt părinți care încearcă să-i propulseze pe copii spre realizări mai înalte decât sunt capabili, conform vârstei lor, dar această experiență competitivă cu ei nu formează copilului sentimentul competenței proprii.

Atitudinea competitivă este des întâlnită și în școli, mai ales prin criteriile care evaluează produsele învățării în detrimentul proceselor de învățare.

Copiii sunt învățați să muncească din greu fiind evaluați mecanic după cantitatea achizițiilor efectuate. Dacă se adaugă și ideea că modul cel mai bun de a-l face pe un copil să învețe este a-i oferi un feedback negativ, acesta va crede că nu ajunge niciodată la nivelul de funcționare cerut de școală. Efectele sunt, desigur, negative, mulți copii rămân sub nivelul posibilității, întrucât feedback-ul nu reflectă nici măcar nivelul de funcționare nemediat al copilului. Motivarea și pregătirea de a investi ceea ce este necesar pentru câștigarea unei competențe reale este semnificativ deteriorată. Se poate ajunge la eșec școlar și abandonarea școlii.

În alte cazuri, copiii pot fi protejați excesiv nefiind confrunțați cu trebuința de a cunoaște sarcini, la nivele crescute de complexitate și pierde oportunitatea de a învăța despre capacitatea lor de a deveni competenți. Situarea în situații problemă și rezolvarea acestora, cu efort de stăpânire este o condiție pentru conștientizarea sentimentului de competență. Rezolvările, automate oferă puține posibilități de înțelegere și conștientizare. A păstra copilul numai în orizontul imediat al sarcinilor de învățare înseamnă să-i reduci posibilitățile de acces, iar adultul nu se mai expune unui proces de mediere spre noi strategii educaționale.

Pe de altă parte, mult răspândita metodă de folosire a întrebărilor capcană care aduc răspunsuri neadecvate produce eșec în multe cazuri. Știind aceasta, cel examinat reacționează cu anxietate și tensiune, cu un blocaj total al capacităților mnezice. Conflictul între nevoia de a crea competența prin efort asiduu și nevoia de a crea sentimentul de competență este o sursă de mare distress la copilul normal, cu atât mai mult la copiii cu eșec în învățare. Dacă îi oferim copilului posibilitățile de a se recunoaște și de a-și construi competența, realizăm condiția pentru generarea sentimentului de competență.

De aceea, interacțiunile mediatore care includ trăsături cognitive și afective trebuie să fie inițiate de mediator, acesta având interesul de a-l echipa pe copil cu un sentiment de competență.

Această activitate complexă presupune considerarea a două elemente majore :

- nevoia de a-l echipa pe copil cu premisele competenței : a-l face capabil de a strânge datele necesare rezolvării problemei, a-l face să focuseze pe sarcinile accesibile. Copilul învață să folosească sursele necesare de informație și devine echipat cu un anumit grad de precizie aplicabil în situații diferite.
- copilului îi sunt oferite posibilitățile de a confrunta anumite situații pe care să le stăpânească.

Copilul este ajutat să învețe strategii generale, necesare în aproape orice sarcină și strategii specifice care depind de natura specifică a sarcinilor.

Sentimentul de competență este stimulat de repetarea creativă, necesară atingerii unor nivele mai înalte de stăpânire a situației.

Copilul este ajutat să învețe un nou limbaj și este pregătit pentru a investi mai mult efort în stabilirea de scopuri clare, folosirea unor modalități de concentrare, diferențierea dintre cunoscut și necunoscut, familiarizarea cu necunoscutul și cu semnificațiile. După ce primește informația de bază, el ar putea depăși ceea ce el știe deja, așa încât să învețe noi elemente ale comunicării.

De aceea este nevoie de mediator, pentru că el este interesat de a transmite celui mediat un sentiment de putere și crează situațiile necesare.

Variatele forme de intervenție asigură succes și conduc copilul la autonomie crescândă și independență însoțite de ceea ce el era capabil să facă înainte numai cu ajutorul mediatorului.

Retragerea treptată a sprijinului, la momentul potrivit, este și ea asiguratoare de succes, alături de particularizarea strategiilor de suport la nevoile copilului.

Rolul mediatorului capătă relevanță și în etapa următoare, în care devine necesară interpretarea oferită copilului pentru a-l face conștient de succesul său de faptul că acesta este o reflectare a competenței pe care o deține și care îl va ajuta să învețe și să rezolve și mai mult.

Această interpretare are două aspecte :

- copilul trebuie să știe că el a stăpânit situația; prin feedback el devine capabil de a cunoaște reușita;
- copilul trebuie să înțeleagă faptul că stăpânirea situației spune ceva despre competența sa.

Mediatorul oferă copilului interpretarea faptului că a reușit.

Această mediere este deosebit de importantă deoarece creează pregătirea de a depăși sarcina completată. Cu alte cuvinte : “ai reușit aceasta, nu este nici un motiv că n-ai putea reuși multe altele”.

Medierea crește în complexitate în cazul copiilor care au căpătat convingerea că sunt incapabili, ca o proprie estimare globală. Ei asimilează toate activitățile lor, oricât de reușite ar putea fi, acestei proaste imagini de sine. Pentru ei, a stăpâni cu succes o situație este de necrezut, sau succesul obținut este minimalizat, reacția lor fiind depreciativă.

Este important să menționăm rolul diferențelor interculturale dar și intraculturale în stabilirea strategiilor de mediere, anumite stiluri de gândire, anumite emoții și mai ales sisteme de atitudini și credință.

Astăzi nevoia de a media sentimentul de competență este mai mare ca oricând, pentru că el are un rol crucial în adaptarea individului la situații noi.

Adaptarea la situații noi, necunoscute, care devin din ce în ce mai complexe, presupune o pregătire din partea individului de a se aventura către noi provocări.

Un sentiment general de competență, rezultat al unei medieri eficiente, îl va face suficient de curajos pentru a explora realități nefamiliare.

Bibliografie :

R.Feuerstein, A.Tannenbaum – Mediating the Learning Experiences of Gifted Underachievers, Worldwide Perspectives on the Gifted Disadvantaged, 1993

R.Feuerstein – Mediated Learning Experience in the Acquisition of Kinesics, 1991

Importanța abordării complexe în intervenția logopedică

- rezumat al lucrării de grad didactic I -

Profesor logoped Gălbinașu Florentina
Centrul Logopedic Interșcolar 3, București

Orice demers psihopedagogic, înțeles în sensul de intervenție specializată, are o dublă valoare prin caracteristicile sale curative și preventive. Din punct de vedere curativ intervenția specializată urmărește să intervină asupra unor tulburări manifeste la un moment dat, detectabile prin metode și tehnici specializate. Privită din punct de vedere preventiv, intervenția psihopedagogică abordează într-o manieră extinsă tulburarea manifestă punând accentul pe aspecte ce țin de determinări, cauzalitate și consecințe în plan cognitiv, comportamental și socio-afectiv.

O eventuală motivație socială poate avea următoarele argumente :

- În ultima perioadă a crescut incidența tulburărilor de limbaj, cauzalitatea fiind de natură diversă. Pe de-o parte a crescut gradul de includere a acestor copii în sistemul obișnuit de învățământ, pe de altă parte, la nivelul familiei, a crescut gradul de conștientizare a necesității intervenției logopedice la o vârstă cât mai mică.
- Nivelul tot mai crescut al accesului la informație duce la o poziționare realistă a familiei în raport cu întârzierile în debutul limbajului la copil. Deschiderea școlii către incluziune a permis, în ultimii ani accesul în învățământul de masă a copiilor care prezintă tipuri și forme diverse de tulburări, mergând de la simple tulburări de pronunție și până la forme severe de întârziere în elaborarea limbajului.
- Pregătirea pentru școlaritate este un element important în strategiile educaționale implementate de către sistemul educațional actual. Există însă, o categorie de copii, la care este nevoie să intervenim prin sprijin de specialitate în dezvoltarea acestor competențe de tip școlar.

Ne punem întrebarea firească - care sunt șansele reale de reușită școlară ale unui copil care, în etapa preșcolarității prezintă dificultăți majore în elaborarea limbajului.

Această problemă constituie o reală provocare la nivelul intervenției logopedice. S-a putut demonstra că, printr-o abordare complexă a copilului ce prezintă tulburări de limbaj, putem crea situația de a răspunde afirmativ acestei provocări. Intervenția logopedică asupra limbajului este un demers complex ce antrenează toate componentele psihice și comportamentale ale copilului, are la bază o bună cunoaștere a copilului atât din perspectiva dificultăților existente cât și a capacităților restante și pune în practică următoarele principii :

- orice copil este capabil de progres
- orice copil are un ritm propriu de învățare și dezvoltare
- în orice situație există un potențial restant care servește ca punct de sprijin în învățare, dezvoltare, compensare

Obiectivul general al cercetării : reducerea până la eliminare a situațiilor de risc pentru învățarea de tip școlar prin intervenția complexă asupra limbajului.

Ipoteza generală a cercetării : dacă se intervine optim și la timp asupra copilului cu tulburări de limbaj, printr-un program complex de stimulare a limbajului, se reduc considerabil indicatorii de risc în apariția dificultăților de învățare de tip școlar.

Etapele de lucru în cercetare au cuprins :

1. Evaluarea celor trei paliere ale dezvoltării - psihomotor, limbaj , cognitiv cu probele propuse în lucrarea de față

2. Întocmirea profilului de dezvoltare în termeni de puncte sensibile și puncte tari (capacități restante)
3. Stabilirea obiectivelor de lucru
4. Implementarea programului
5. Analiza calitativă a rezultatelor
6. Analiza cantitativă a rezultatelor
7. Evaluarea postimplementare și compararea rezultatelor
8. Concluzii și recomandări

Studiul de caz este structurat în următoarele capitole

A. Date personale

B. Date psihologice semnificative: procese și fenomene psihice, aptitudini, comportament, comunicare și relaționare cu cei din jur, psihomotricitate

C. Aspecte specifice ale limbajului: Componenta motorie (articulare, pronunțare), înțelegerea/comprehenziune (limbaj impresiv), expresia (limbaj expresiv, elemente de vocabular activ), elemente prozodice ale vorbirii spontane: expresivitatea vorbirii; ritmul; vocea și tonalitatea;

D. Diagnostic logopedic

E. Tabloul indicatorilor de risc pentru apariția tulburărilor de învățare descris pe următoarele subdomenii: psihomotor, perceptiv, cognitiv (limbaj, auz fonematic, raționament logico-matematic)

F. Aspecte ale antrenamentului individualizat având următoarele **obiective** : *obiective în plan psihomotor, obiective în plan perceptiv, obiective în planul limbajului, obiective în planul gândirii*

G. Rezultatele obținute în urma aplicării antrenamentului individualizat

1. Analiza calitativă a rezultatelor descrise : *în plan psihomotor, perceptiv, în planul limbajului, în planul gândirii*

2. Analiza cantitativă a rezultatelor rezultate din aplicarea grilei comportamentale înainte și după implementarea secvențelor din programul de stimulare, prin compararea celor două situații (pretestare și posttestare) cu reprezentarea grafică a acestor două situații.

Concluzii și recomandări

Acest program s-a născut din nevoia de sistematizare a intervenției pe măsură ce ne-am confruntat cu o cazuistică diversă și complexă. Este un demers supus permanent îmbogățirii și îmbunătățirii la acest moment putând fi considerat ca un punct de plecare în planificarea și organizarea intervenției logopedice. Prin natura sa, tulburarea de limbaj la copilul mic, interferează cu întreaga dezvoltare inducând întârzieri în evoluția globală. Considerată ea însăși o tulburare de dezvoltare și chiar de învățare (în sensul extins al conceptului de învățare – dezvoltare), neabordată într-o manieră extinsă, tulburarea de limbaj poate induce manifestări comportamentale nedorite atrăgând după sine atitudini care frânează dezvoltarea. Pornind de la aceste considerații am convenit ca elaborarea unor programe complexe pot să faciliteze intervenția ducând la evitarea instalării unor consecințe nedorite.

ROLUL ACTIVITĂȚII LOGOPEDICE ÎN INTEGRAREA COPILOR CU CES ÎN ȘCOALĂ

Profesor logoped IVAN SOFIA MANUELA
Centrul Logopedic Interșcolar 1, București

Școala are obiectivul major de a oferi contextul adecvat pentru învățare și dezvoltare, în care toți copiii să își formeze caracterele și personalitatea și să înțeleagă lumea în care trăiesc și în care vor deveni activi în viitor. Cerințele educative speciale (CES) desemnează necesități educaționale suplimentare, complementare obiectivelor generale ale educației adaptată particularităților individuale și celor caracteristice unei anumite deficiențe sau tulburări/dificultăți de învățare, precum și o asistență complexă (medicală, socială, educațională etc.) potrivit HG 1251/2005 și Legii nr. 448/2006. Astfel CES implică alocarea de resurse suplimentare publice și/sau private asigurate pentru a veni în sprijinul educației lor, atunci când copiii au anumite dificultăți de acces la curriculum-ul obișnuit.

Procesul integrării școlare a copiilor cu cerințe educaționale speciale trebuie conceput ca o acțiune socială complexă, a cărei esență constituie nu conformarea mecanică, pasivă a copilului la condițiile mediului școlar și social, ci corelarea ambilor factori, crearea tuturor condițiilor optime, obiective și subiective, pentru ca integrarea lor să însemne nu numai adaptare, ci și angajare.

Integrarea școlară presupune integrarea fizică, integrarea funcțională și integrarea socială prin care se urmărește cuprinderea copiilor cu cerințe educaționale speciale în instituții școlare obișnuite prin prezența copiilor cu deficiențe alături de ceilalți, reducerea distanței fizice dintre copii, facilitarea intercunoașterii și familiarizării reciproce, utilizarea împreună a unor spații fizice, materiale și echipamente, crearea condițiilor optime de participare efectivă a copilului la activitatea grupului și comunicarea în cadrul acestuia.

Integrarea funcțională a copilului cu cerințe educaționale speciale se realizează când acesta atinge un nivel relativ egal de participare la actul de învățare școlară cu semenii din grupa sau clasa sa, pe perioadă respectivă de interacțiune și pe domenii asemănătoare de conținut pedagogic.

Integrarea socială presupune includerea copilului cu CES în toate activitățile comune din viața grădiniței sau a școlii, atât la cele propriu-zise de învățare cât și la activitățile comune din pauze, de joc unde se stabilesc și se dezvoltă relații și inter-relații în interiorul grupului din care face parte și la care participă activ.

Copilul cu cerințe educaționale speciale integrat în grupul de copii de la grădiniță sau școală dobândește sentimentul de apartenență și participare deplină la comunitate, cu asumarea de roluri. Cadrele didactice care interacționează cu această categorie de copii au format și își dezvoltă deprinderi de relaționare și comunicare în echipă cu: educatoarea, învățoarea/învățătorul, psihopedagogul, logopedul, psihologul, asistentul social, medicul și părinții. Familia observă conduita copilului acasă și comunică indicii care să determine o diagnoză precocă cu privire la riscul inadaptării sau dezadaptării școlare, iar implicarea imediată în colaborarea cu școala este necesară și importantă.

Profesorul logoped pune la dispoziția celorlalte cadre didactice și familiei informații utile cu privire la prevenirea, formarea și corectarea limbajului tulburat, teoretizează pe baza activității concrete și îmbogățește metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înțelegerii comunicării și de dezvoltare a

personalității armonioase a copilului cu cerințe educaționale speciale. Profesorul logoped aplică terapia logopedică printr-un program diferențiat necesar fiecărui copil cu CES în parte și oferă sprijin prin colaborare, implicare și responsabilitate.

Corectarea tuturor tulburărilor de limbaj este condiționată nu numai de eficacitatea metodelor logopedice, ci și de o serie de factori ce țin de particularitățile psiho-individuale ale handicapaților de limbaj, iar rezultatele cele mai bune în educarea personalității acestor copii le are psihoterapia prin care se folosește o serie de metode și tehnici psihopedagogice în vederea restabilirii echilibrului psihofizic al logopatului, încercând să șteargă din mintea copilului cauzele care au declanșat tulburarea de limbaj, să înlăture și să prevină unele simptome, creând în felul acesta, condiții favorabile pentru acțiunea procedurilor logopedice din cadrul unui tratament complex.

Cerințele importante ale activității terapeutice sunt: colaborarea logopedului cu familia în vederea cunoașterii atitudinii membrilor familiei față de deficiența de vorbire, modificarea atitudinii familiei în direcția favorabilă corectării copilului, colaborarea cu educatorii și profesorii în vederea recuperării limbajului copilului, crearea unor relații socio-afective favorabile între logoped și copil, în cadrul familiei, în cadrul grupului în care este integrat copilul, crearea unei motivații necesare corectării vorbirii, obișnuirea copilului să colaboreze cu adultul și adaptarea schemei de terapie nivelului limbajului, vârstei copilului și factorilor etiologici care au determinat întârzierea de limbaj. Marea diversitate a manifestărilor retardului de limbaj nu permite elaborarea unei programe unitare, riguroase, dar se pot anticipa etapele mari în evoluția limbajului, iar profesorul logoped va selecționa exercițiile care corespund particularităților copilului cu cerințe educaționale speciale care se află în tratament.

Jocul constituie pentru copiii cu cerințe educaționale speciale forma cea mai eficientă de socializare și de recuperare. Prin joc, copilul cu dizabilități poate să exploreze lumea înconjurătoare, poate să-și lărgască sfera de achiziții, de abilități, de deprinderi, să-și modeleze comportamentul. În joc, diferențele și barierele între copii dispar, copiii cu cerințe educative speciale pot obține aici succese, mici, dar motivate, ceea ce satisface trebuința de a fi apreciați. Organizarea „gândită” a jocurilor, tactul pedagogic al profesorului logoped, în sensul de a-i crea copilului cu cerințe educative speciale o stare de confort și o atitudine pozitivă față de sine, ușurează procesul de integrare a copiilor cu dizabilități în instituțiile de învățământ.

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. Educarea acestor copii cu cerințe speciale presupune dăruire și măiestrie pedagogică. Proportia tulburărilor de vorbire scade o dată cu vârsta. Ele se corectează, în mare măsură sub influența procesului de învățare. Totuși unele dintre ele persistă, chiar și după mai mulți ani de școlarizare. Depistarea și înlăturarea tulburărilor de limbaj la copii contribuie la asigurarea bunei desfășurări a procesului instructiv-educativ.

Analizând particularitățile specifice procesului de învățare a copiilor cu diferite tipuri de deficiență, se ajunge la concluzia că una dintre calitățile esențiale ale curriculum-ului școlar vizează un grad cât mai mare de flexibilitate, astfel încât să permită fiecărui copil să avanseze în ritmul său și să fie tratat în funcție de capacitățile sale de învățare. Conceptul de cerințe educative speciale aspiră la depășirea tradițională a separării copiilor pe diferite categorii de deficiențe, printr-o abordare noncategorială a tuturor copiilor.

Fiecare copil cu CES trebuie să beneficieze de un program adecvat și adaptat de recuperare, care să dezvolte maximal potențialul fizic și psihic pe care îl are. Cadrele didactice au nevoie de pregătire și educație, iar părinții necesită informații, sprijin, consecvență și îndrumare corectă atunci când apar greutățile, de asemenea copiilor din clasă, atât celor cu deficiențe cât și celor fără deficiențe, trebuie să li se acorde o atenție sporită, pentru că dezvoltarea unei relații pozitive și de încredere între personalul școlii și familie, stimulează sentimentul general de ajutor al familiei și autorizează familia în luarea deciziei.

Relația funcțională familie-școală favorizează adaptarea școlară a copilului cu cerințe educaționale speciale prin realizarea unui control continuu al conduitei copilului, diminuează discontinuitățile dintre socializarea familială și cea școlară, părinții înțeleg mai bine eforturile școlare ale copilului și devin capabili să-l susțină, fixând concomitent un nivel realist al performanțelor școlare ale copilului, iar interacțiunea socială cu alți părinți, care s-au confruntat cu situații similare devine un mijloc de învățare și perfecționare.

Școala organizează procesul de predare-învățare-evaluare astfel încât beneficiarul educației să ajungă prin mijloacele proprii de însușire a cunoștințelor la progresul mult dorit de ambele părți: educator și educat.

BIBLIOGRAFIE:

1. Avramescu, D. M., **Defectologie și logopedie**, Ed. Fundației România de Mâine, 2005
2. Gherguț, A., **Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale-strategii diferențiate și incluzive în educație**, Ed. Polirom, București, 2006
3. Radu, Ioan T., **Învățământul diferențiat**, E. D. P., București, 1978
4. Șchiopu, U. și Verza, E., **Psihologia vârstelor**, E. D. P., București, 1981
5. Verza, E., **Disgrafia și terapia ei**, E. D. P., București, 1983
6. Voiculescu, E., **Pedagogie preșcolară**, Ed. Aramis, București, 2003
7. Văjmaș, E., **Introducerea în educația cerințelor speciale**, Ed. Credis, București, 2004
8. Văjmaș, E., Stănică, C., **Terapia tulburărilor de limbaj: intervenții logopedice**, E. D. P., 1997
9. Văjmaș, T., **Învățământul integrat și/sau incluziv**, Ed. Aramis, București, 2001
10. RENINCO, UNICEF, **Educația integrată a copiilor cu handicap**, București, 1998

RETARDUL DE LIMBAJ LA PREȘCOLARI

Profesor logoped Georgescu Cristina
Centrul Logopedic Interșcolar 1, București

Vorbirea este un mijloc de comunicare specific omului. Ea nu apare spontan la copii, ci constituie un lung și dificil proces de învățare, presupunând un efort îndelungat din partea individului, în decursul dezvoltării ontogenetice. Articulația sunetelor, respectarea formei gramaticale au devenit acte automatizate la adult. La copil, însă, până la învățarea și formarea tuturor mecanismelor necesare vorbirii, până la automatizarea acestui act complex, vorbirea este în permanență supravegheată de conștiință.

Experiența de viață a copilului se dezvoltă și se îmbogățește pe baza comunicării verbale cu adulții, ceea ce duce la perfecționarea comunicării verbale și la însușirea unor modalități de gândire și de activitate. Există o inserție subtilă a limbajului în personalitatea umană și în totalitatea comportamentelor dobândite ale copilului. O serie de caracteristici diferențiale din conduita verbală a copiilor sunt determinate de dezvoltarea ontogenetică a capacității de verbalizare, la care își aduc o contribuție însemnată procesul instructiv-educativ și experiența practică; în activitatea sa verbală, copilul face eforturi vizibile pentru a pronunța corect cuvintele, propozițiile, frazele. Modul în care copilul se realizează pe linia achizițiilor în planul vorbirii și al dezvoltării psihice este influențat de o serie de factori, precum mediul de viață și de activitate al copilului, preocuparea adulților pentru stimularea vorbirii sale, eficiența procesului instructiv-educativ, capacitățile intelectuale ale copilului, afectivitatea și personalitatea acestuia.

Este necesar, prin urmare, ca toate organele și aparatele vorbirii să se dezvolte normal, pentru a determina o dezvoltare armonioasă a limbajului. Aceasta este o condiție necesară, dar nu și suficientă. Un element esențial în dezvoltarea vorbirii este și cel educativ, respectiv influența directă a mediului social. Atunci când unele dintre aceste condiții lipsesc, se instalează tulburările de limbaj.

Societatea în care trăim devine, pe zi ce trece, tot mai competitivă. Un defect de limbaj (vorbit sau scris) ce poate părea banal acum, o exprimare deficitară, vor constitui mai târziu diferența între a reuși și a pierde, între a fi ales sau respins. De aici și nu numai, necesitatea terapiei logopedice, care nu înseamnă doar corectarea tulburărilor de limbaj, ci și armonizarea ființei din punct de vedere afectiv-motivațional, psihomotor și cognitiv.

Tulburările de limbaj sunt probleme ce uneori sunt trecute cu vederea chiar și de cei mai grijulii părinți. Aceste neajunsuri ce pot afecta procesul comunicării devin uneori în viața de adult adevărate

piedici în activitățile zilnice. În categoria tulburărilor de limbaj sunt incluse toate deficiențele de înțelegere și exprimare orală, de scriere și citire, de mimică și articulare. Este important ca părinții să fie foarte atenți la orice mică problemă pe care o sesizează la copilul lor.

Cauzele tulburărilor de limbaj sunt multe, complexe și greu de identificat cu exactitate. Astfel, problemele pot să apară chiar din perioada intrauterină în urma unor carențe nutriționale, de exemplu, sau ca efect al unei nașteri grele și prelungite. Uneori anumite malformații sesizate după naștere se fac responsabile de astfel de probleme sau anumite aspecte ce țin de tulburările de memorie și atenție. Acestea sunt destul de greu de controlat. Ceea ce putem însă controla sunt cauzele psihosociale. Uneori conflictele și traumele psihice se fac responsabile de problemele de limbaj ale copiilor. Există cazuri în care anumite defecte de vorbire sunt încurajate de părinți prin râsete. Ele au tendința de a se cristaliza în această formulă, dacă nu se bucură de corecții repetate.

Este important deci ca părinții să urmărească cu atenție evoluția limbajului copiilor. Trebuie să verifice abilitățile micuțului prin sugerarea pronunțiilor unor cuvinte mai dificile. Uneori copiii pot pronunța sunetele simple, însă întâmpină dificultăți în construirea unor cuvinte și propoziții. Mai mult, oricât ar părea de amuzante pronunțiile eronate ale copiilor, este necesar ca ele să fie corectate de câte ori este nevoie. Încurajarea lor le poate face permanente.

Una dintre tulburările de limbaj care apare la preșcolari este retardul de limbaj.

Retardul de limbaj este o dificultate funcțională de limbaj care se manifestă prin incapacitatea folosirii limbajului rostit într-un mod adecvat vârstei cronologice. Se referă atât la modul de rostire a sunetelor, grupurilor de sunete și a cuvintelor, cât și la semnificația conceptelor și la categoriile de obiecte, ființe, fenomene din mediul înconjurător. În același timp, este afectată și abilitatea de exprimare în propoziții și fraze (structura gramaticală).

C. Vărășmaș și E. Stanică consideră **retardul verbal** drept blocajul ritmului de evoluție a limbajului, ce se abate de la normal. Un copil cu retard de limbaj până la vârsta de trei ani folosește un număr redus de cuvinte, le pronunță greșit, nu formează propoziții simple, însă are

auzul bun și organele fonoarticulatorii normal dezvoltate. Copilul cu retard verbal (întârziere în dezvoltarea limbajului) rămâne în urma copiilor de aceeași vârstă cu el.

Retardul de limbaj poate fi cauzat de o serie de factori precum:

- factori neurogeni (în perioada peri și postnatală);
- factori somatogeni (boli cronice îndelungate, boli infecțioase);

- factori psihogeni (mediu care nu stimulează vorbirea, suprasolicitare verbală, exigențe prea mari, atitudini brutale, șocuri emoționale puternice);
- factori constituționali („inabilitate verbală” ereditară pe linie paternă, mai frecventă la băieți).

Retardul verbal se caracterizează printr-o întârziere în dezvoltarea motricității generale (statica trunchiului, capului, mersul). Evoluția aparatului fonoarticulator stagnează după perioada lalațiunii, vocalele sunt prezente, însă consoanele dificile sunt omise sau înlocuite, grupurile de consoane fiind înlocuite cu consoane mai ușor de pronunțat, diftongii reduși la o vocală, silabele reducându-se spre sfârșitul cuvântului. Apariția cuvintelor are loc după doi ani – doi ani și jumătate, vocabularul fiind format doar din 20-30 de cuvinte.

Copilul nu formează propoziții, nu diferențiază sunetele în cuvinte, are dificultăți în trecerea de la limbajul intern la cel extern, nu cunoaște semnificația multiplă a cuvintelor, uneori are tulburări de lateralitate și manifestă un deficit al motricității fine (buze, limbă, degete), omite sunetele finale în cuvinte, simplifică cuvintele polisilabice, simplifică grupurile consonantice și diftongii.

Dezvoltarea intelectuală poate fi conform vârstei cronologice, liminară sau întârziată din cauza absenței limbajului. Comportamentul psiho-afectiv este dominat de timiditate, absența dorinței de comunicare, hiperkinetism și opoziționism.

Obiective în terapia retardului de limbaj:

- dezvoltarea abilităților de ascultare;
- dezvoltarea capacității de imitare motorie;
- dezvoltarea capacității de înțelegere a cuvintelor și a mesajelor;
- dezvoltarea vocabularului;
- formarea unei pronunții corecte;
- dezvoltarea abilităților de exprimare propozițională și în fraze;
- învățarea structurii gramaticale;
- formarea abilităților conversaționale.

Terapia cu un copil cu retard de limbaj va urmări modelul *pronunție – vocabular – formarea propozițiilor și a frazelor – dialog*. Copilul cu dificultăți de limbaj are nevoie de un model în însușirea dialogului. Dialogul poate să fie demonstrat în fața lui, fără ca el să participe (incluzând un al treilea personaj). 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.

Tratarea timpurie a tulburărilor de limbaj este foarte importantă, asigurând eficiența sporită a acestei acțiuni, întrucât la copiii mici automatismele psiholingvistice nu sunt consolidate și pot fi ușor înlocuite cu deprinderi corecte de vorbire. Tratatamentul 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.

Indiferent de momentul instalării tulburărilor de limbaj, ele se repercutează negativ asupra personalității celui în cauză și asupra sănătății lui neuropsihice. Influențele tulburărilor de limbaj sunt mult mai grave și mult mai complexe la vârsta preșcolarității și a miciei școlarități. Consecințele unei atmosfere educative neprielnice pentru cel marcat de tulburări de limbaj pot fi izolarea, refuzul acestuia de a mai comunica, de a mai vorbi cu colegii săi, instalarea treptată, dar din păcate sigură, a apăsătorului complex de inferioritate.

PROIECT DE ACTIVITATE TERAPEUTICA

Profesor logoped Oana Stoica
Centrul Logopedic Interșcolar 2, București

DATA:

NUME:

DIAGNOSTICUL LOGOPEDIC: întârziere în dezvoltarea limbajului, dislexo-disgrafie, discalculie.

ACTIVITATEA TERAPEUTICĂ : Citirea/scrierea grupului de litere ce .

ETAPA TERAPEUTICĂ : învățarea fonemelor și grafemelor, a silabelor, a cuvintelor.

OBIECTIV CADRU:

Dezvoltarea capacităților de receptare a mesajului scris și de comunicare scrisă.

OBIECTIVE DE REFERINȚĂ:

- 1.Educarea mișcărilor mâinii.
- 2.Dezvoltarea auzului fonematic.
- 3.Citit/scrișul grupurilor “ce-ci”: silabe, cuvinte.

OBIECTIVE OPERAȚIONALE:

PSIHOMOTORII:

1. Să realizeze diferite exerciții pentru antrenarea motricității fine.
2. Să meargă cu degetul pe traseul literelor desenate pe planșă.
3. Să manevreze literele din alfabetar.

COGNITIVE:

4. Să identifice sunetele ce-ci in cuvinte precizând poziția acestora(inițial,in interior,final).
5. Să realizeze corespondența foneme - grafeme.
6. Să reproducă aceste grupuri , apoi silabe și cuvinte care le conțin.

AFECTIVE:

7. Să manifeste interes pentru activitate, demonstrând că a înțeles importanța deprinderii citit-scrișului.

STRATEGII TERAPEUTICE:

METODE ȘI PROCEDEE : conversația, explicația, exercițiul, demonstrația, observarea dirijată.

RESURSE MATERIALE : jetoane cu imagini, obiecte, fișă cu imagini, fișă de muncă independentă.

DEMERSUL TERAPEUTIC

Etapa terapeutică	Obiective vizate	Demersul terapeutic	Strategii terapeutice	Strategii de evaluare
Etapa terapiei generale	Or.1 - Educarea mișcărilor mâinii	*Gimnastica pentru mâna dominantă: -palma este întinsă pe masă, se apropie degetele și se îndepărtează simultan, apoi unul câte unul -pumnul este închis/deschis -pumnul strâns în aer , se eliberează degetele pe rând. -se apasă cu degetele-toate odată și pe rând-în masă -trosnitul din degete -trasare de cercuri cu degetele în sensul de mers al acelor de ceasornic și invers -lovire cu toate degetele odată sau pe rând *Gimnastica pentru ambele mâini: -închiderea și închiderea pumnilor concomitent și pe rând -închiderea treptată a pumnilor, pornind de la degetul mic apoi de la degetul mare -lipirea palmelor, îndoirea spre exterior a degetelor, pe rând sau toate odată -executarea diferitelor gesturi : cântăm la pian, cade ploaia.. alergatul: Prin pădurea fermecată Eu alerg, alerg, alerg Spre poiana fermecată Fragi și mure să culeg. -joc”degetele-lăcățele” Degetele-lăcățele (se încleștează degetele ambelor mâini, formând un lacăt) Nu trece nimeni de ele! (se bate cu “lacătul”în masă) Le sucești, le răsucești, (se rotește “lacătul” într-o parte și-n alta) Bați și tot nu reușești! (se bate iar cu lacătul în masă) Daca sufli..Unde-i, nu	Conversația Exercițiul Explicația Demonstrația Demonstrația Exercițiul Explicația Exercițiul Conversația Demonstrația Exercițiul	Corectitudinea execuției Corectitudinea execuției

Etapă învățării literelor	Or2 : Dezvoltarea auzului fonematic	e..lacătul..fffu..se descuie! (se suflă peste lacăt și se întorc palmele în sus) - Se pronunță propoziția : ”Cela este elevă.”, cerându-i-se copilului să identifice cuvântul care conține sunetul “ce”. - I se dă copilului o fișă cu imagini, cerându-i-se să încercuiască acele imagini în a căror denumire se regasesc sunetele ce-ci. - Se pronunță denumirile imaginilor unde au fost identificate sunetele, precizându-se poziția acestora în cuvânt : inițial, în interiorul cuvântului, final. - Se cere formularea câte unui enunț cu fiecare cuvânt selectat.	Analiza Explicația Exercițiul	Corectitudinea identificării sunetelor și precizării poziției lor
	Or3 : Scris/citit grupurilor ce-ci	- Se asociază sunetul cu litera - Se asociază litera cu cuvântul - inductor(desenul) - Se observă, analizează și descrie litera percepută vizual - Se încercuiesc grafemele într-un text - Se citesc grafemele	Explicația Exercițiul observația	corectitudinea execuției
		- Se cere copilului să meargă cu degetele pe traseul literelor de pe planșă - Se redau literele cu degetul în aer, pe bancă - Apoi se scriu pe hârtie neliniată - Apoi pe spațiul din caiet, după modelul realizat cu un creion colorat de către profesor. - În timpul scrierii, copilul asociază litera cu imaginea corespunzătoare cuvântului inductor;aceasta imagine este desenată de copil,schematic,pe aceeași pagină. - Se verbalizează : am scris ce de la “ceas”.. *Pentru învățarea literelor mari se găsesc nume de persoane, de țări care încep cu acestea. *Se citesc și se scriu silabe directe și inverse care conțin aceste grupuri	explicația exercițiul	Corectitudinea Execuției
			Explicația	

		*se citesc cuvinte de una/două silabe care conțin aceste grupuri *se scriu denumirile unor imagini, încercuindu-se grupurile ce-ci *se asociază imaginea cu cuvântul scris cu litere de mână și cu litere de tipar *se formează cuvinte din litere mobile *Dictare de litere, silabe, cuvinte terapeutul pronunță clar litera, silaba, cuvântul; copilul repetă, apoi scrie pe caiet. *Copiere selectivă : dintr-o listă de cuvinte cunoscute, sunt copiate doar acelea care conțin ce-ci.	Exercițiul Conversația Exercițiul Exercițiul	Corectitudinea citirii/scrierii
--	--	--	---	--