

CENTRUL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ
CENTRUL LOGOPEDIC INTERȘCOLAR BUCUREȘTI

LOGOPEDIA

REVISTA PROFESORILOR LOGOPEZI

Anul VIII Nr. 6 - 2018 București

TSA CARACTERISTICI GENERALE

INTERVENȚIA LOGOPEDICĂ LA COPIII CU TULBURARE DIN SPECTRUL AUTIST

COPIII ȘI ACTIVITĂȚILE MULTIPLE

ISSN 2066-6632

LOGOPEDIA

REVISTA PROFESORILOR LOGOPEZI

Revistă periodică on-line editată de Centrul Logopedic Interşcolar Bucureşti

REDACŢIA

Sediul:
Str. Heliade între vii nr. 36,
sector 2 Bucureşti

Telefon: 031.805.31.90
Fax: 031.805.31.90
E-mail:
revista.de.logopedie@gmail.com
Web site:
www.cmbrae.ro

CUPRINS

Copiii și activitățile multiple ..... pag. 3

Metoda de evidențiere a consecințelor tulburărilor de limbaj la copii ..... pag. 5

Aspecte socio-culturale - repere pentru o nouă înțelegere a tulburarilor de limbaj ..... pag. 6

Tulburări de spectru autist(TSA) caracteristici generale ..... pag. 8

Intervenția logopedică la copiii cu tulburare din spectrul autist ..... pag. 12

Metode de intervenție în tulburările de limbaj asociate cu ADHD ..... pag. 14

Aspecte teoretice și aplicații practice ale limbajului în TSA ..... pag. 16

Fișe de lucru ..... pag. 19

COLECTIVUL DE REDACŢIE

Coordonatori:
Aurelia Florina STĂNCULESCU
Elena Liliana GĂLBINAȘU

Design grafic & DTP:
Tudor STANCIU

Redactori:
Florentina GĂLBINAȘU
Valeria PÂRȘAN

La realizarea acestui număr
au colaborat:

Gabriela-Alina NEAGU
Iuliana BĂRBUCEANU
Emanuela APOSTOL
Elena Liliana GĂLBINAȘU
Georgiana MIHAI
Cristina STEREA
Valeria BALABAN
Valeria Pârșan
Florentina Gălbinașu

Responsabilitatea privind Legea dreptului de autor pentru conţinutul articolelor publicate aparţine în exclusivitate autorilor.

Toate drepturile acestei ediţii aparţin editorului - CLI Bucureşti.
Orice reproducere integrală sau parţială, prin orice procedeu,efectuate fără permisiunea editorului este ilicită.
Sunt acceptate reproduceri cu acordul scris al editorului, strict rezervate utilizării sau citării justificate în scop stiinţific.

Imaginile folosite sunt furnizate de autorii articolelor și/sau sunt preluate de pe site-urile de profil sub licenta "Creative commons"

© Copyright CMBRAE
Toate drepturile rezervate

ISSN 2066-6632

Copiii și activitățile multiple

Autor: ***Gabriela-Alina NEAGU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 1, Liceul Teoretic Alexandru Vlahuță

Introducere

Impactul uriaș pe care tehnologia îi are asupra vieților noastre dar mai ales asupra copiilor noștri a făcut celebru un nou cuvânt – „multitaskingul." Acesta este definit în mod general ca fiind capacitatea de a îndeplini două sau mai multe sarcini în același timp. De la părinții care răspund la emailuri în timp ce îi ajută pe copii la teme și se străduiesc să urmărească și ultimul serial preferat la TV până la elevii care încercă să își facă tema răspunzând la sms-uri și ascultând în căști ultimul hit al formației preferate toți pretind că sunt „multitasking". Cu toate că acest mod de viață tinde să fie o regulă a societății noastre, tot mai mulți cercetători atrag atenția asupra efectelor dezastroase pe care multitaskingul le poate avea atât asupra adulților, cât mai ales asupra copiilor. Totuși, nu putem nega faptul că folosirea dispozitivelor electronice a adus și beneficii incontestabile atât în viața de zi cu zi , cât și pe plan educațional, ceea ce ne obligă să avem în privința lor o poziție echilibrată. Care sunt deci avantajele și dezavantajele activităților multiple la copiii de vârstă școlară și cum putem folosi tehnologia pentru a crește valoarea actului educațional și nu pentru a-l diminua?

Pro și contra

Atunci când vorbim despre distribuirea atenției pentru activități multiple, sau multitasking, trebuie să privim atât avantajele , cât și dezavantaje unui astfel de model, pentru a înțelege care sunt aspectele care trebuie încurajate și care sunt riscurile lui.

Distribuirea atenției asupra unor activități multiple poate fi benefică atunci când avem de-a face cu sarcini simple, și ne poate ajuta să câștigăm timp sau informații foarte utile. Ea poate constitui un mijloc eficient de a ne educa pentru situațiile dificile, de cele mai multe ori sosite atunci când te aștepți cel mai puțin. În plus, multitaskingul ne poate ajuta la finalizarea unor proiecte secundare, ce ar putea rămâne totdeauna nefăcute, dacă nu am încerca să le îndeplinim împreună cu cele pe care le considerăm importante. Dezvoltarea tehnologiei permite astăzi rezolvarea în același timp a mai multor activități care păreau imposibile cu doar câțiva ani în urmă și ne ajută să stăm conectați la realitate și la lumea din jur.

Când vine vorba de riscuri însă, cercetătorii amintesc faptul că pentru acele activități care necesită concentrare, mutarea atenției de la o sarcină la alta, fac ca timpul pentru finalizarea lor să fie mai mare decât dacă ar fi fost rezolvate individual. Întreruperile pot scădea concentrarea și cer un timp suplimentar creierului ca să se reîntoarcă la sarcina inițială. Ceea ce duce la obosirea suplimentară a acestuia. Multiaskingul oferă de multe ori un model de viață stresant în care faci multe dar realizezi puține, ceea ce inevitabil duce la frustrare și abandon. De multe ori folosirea tehnologiei pare că rezolvă problema, oferind mirajul multor lucruri realizate dar cu costul rezolvării lor doar pe jumătate.

Toate aceste sunt adevărate atât pentru elevi cât și pentru cadrele didactice care se ocupă de educarea lor. Faptul că o întreagă generație a crescut cu dispozitivele electronice alături nu i-a făcut să fie mai eficienți decât cei ce au crescut fără aceste mijloace și nici nu au convins creierul să treacă în modul „multitasking."

Multiaskingul și elevii

Într-un studiu făcut de Eyal Ophir împreună cu Clifford Nass și A.D. Wagner toți profesorii la Stanford University se arată că cei care obișnuiesc frecvent să „consume" mai multe activități media în același timp, „au rezultate mai slabe la testele de schimbare a atenției, și au capacitate scăzută de a analiza sau de a se opune sarcinilor irelevante." (Ophir et all, PNAS, 2009) Rezultatul acestui studiu este semnificativ pentru că el demonstrează că obiceiul concentrării pe sarcini multiple, nu doar că nu crește capacitatea de concentrare, ci dimpotrivă scade această capacitate.

Larry Rosen profesor de psihologie la Univeristatea Dominiguez din California a făcut un studiu interesant despre felul în care elevii își petrec timpul pentru rezolvarea temelor de acasă. Rosen a cerut unui număr de 263 de

elevi să permită unui cercetător să stea în camera în care ei își făceau temele și să monitorizeze timpul de concentrarea efectivă asupra sarcinilor școlare pentru 15 minute. La finalul celor 15 minute cercetătorii au observat că doar 65% din timp a fost alocat rezolvării temelor, restul fiind alocat altor activități secundare (sms, social media etc.) „Am fost uimiți cât de frecvent își mutau atenția de la activitatea principală, chiar dacă știau că cineva îi monitorizează. Pare că nu se pot concentra la sarcinile lor mai mult de 20 de minute fără să își verifice dispozitivele electronice" mărturisea Rosen la finalul studiului. (L. Rosen et all CHB, 2012).

Astăzi nu mai este niciun dubiu că pentru elevi, multitaskingul scade capacitatea de concentrare și memoria, îi face să obțină rezultate mai slabe la teste și le scade capacitatea de a selecta activitățile cu adevărat importante de cele minore sau total lipsite de importanță.

Soluții și provocări

Distribuirea atenției asupra unor sarcini multiple, mai ales când este combinată cu folosirea dispozitivelor electronice poate avea, așa cum am văzut efecte dezastroase asupra copiilor de vârstă școlară. Pe de altă parte, cadrul didactic nu poate ignora realitatea în care trăiesc elevii pe care vrea să îi formeze și nici avantajele pe care aceste „jucării" inteligente le pot avea. Mai mult chiar, cadrul didactic însuși este provocat de mirajul multitaskingului, și este la rândul său de multe ori un consumator de social media. Această realitate cere o abordare echilibrată a soluțiilor fără a ignora realitatea din jur dar și fără a închide ochii la pericolele pe care obiceiul mutitaskingului le poate avea.

Printre soluțiile ce se desprind putem enumera stabilirea unor reguli cu privire la folosirea dispozitivelor electronice în timpul orelor însușite atât de către elevi, cât și de către profesor. Este important ca elevii să fie educați să își concentreze atenția în timpul orei doar asupra materiei care se predă. Folosirea dispozitivelor electronice trebuie hotărâră de la început și delimitat foarte clar atunci când este permisă. Aceste dispozitive trebuie privite ca un instrument, ca un mijloc de realizare a obiectivelor educaționale, și folosite în timpul orelor doar în acest scop. Dacă, de exemplu, folosim telefoanele mobile pe post de dicționar, este important să li se spună elevilor când să le folosească și când să le așeze în bănci.

Mulți cercetători amintesc că deprinderea obiceiurilor pentru un stil de viață sănătos, ce include odihnă, mișcare, hrană sănătoasă și hidratare suficientă ajută creierul să se concentreze mai bine asupra sarcinilor primite și să le ordoneze mai eficient.

Cadrele didactice ar trebui să ofere elevilor cât mai multe informații și exemple despre avantajele și dezavantajele folosirii dispozitivelor electronice și să le prezinte alternative care să îi ajute să învingă curiozitatea pentru social media în timpul orelor de curs sau temelor pentru acasa. Din perspectiva acesta, credem că pașii mici și realizabili sunt mai importanți decât culmile de schimbare imposibil de atins.

Nu în ultimul rând, educatorii trebuie să îi ajute pe elevi să dezvolte în lucrurile simple un sistem de concentrare distributivă a atenției care să le permită să folosească timpul în mod eficient – (exersarea unei limbi străine în drumul spre școală, citirea unei cărți înainte de culcare, observarea faunei și florei în timpul unei excursii etc). În final, trebuie avut grijă ce model de viață prezentăm copiilor noștri și care sunt așteptările noastre de la ei. Așteptările rezonabile îi ajută să depășească propriile limite dar le oferă și suficient timp pentru activitățile îndrăgite.

Bibliografie selectivă

- *Eyal Ophir, Clifford Nass, and Anthony D. Wagner, Cognitive control in media multitaskers in PNAS 2009 106 (37) 15583-15587;*
- *Larry D. Rosen, L. Mark Carrier, Nancy A. Cheever, Facebook and texting made me do it: Media-induced task-switching while studying, în Computers in Human Behavior, Volume 29, Issue 3, 3 mai 2013, pp. 948 – 958*
- *Nass Clifford, Eyal Ophir, (2009), Cognitive control in media multitaskers, PNAS, vol. 106, no. 37, 15583 - 15587*
- *Rideout Vicky, (2015), The Common Sens Census: Media Use by Tweens and Teens, disponibil la: www.commonsensemedia.org*
- *Sana Faria, et. all, (2013), Leptop multitasking hinders classrom learning for both student and nearby peers, în Computer & Education, Volume 62, pages 24 - 31*
- *Straumsheim Carl, (2016), Leave It in the Bag, disponibil la: www.insidehighered.com*
- *Tsukayama Hayley, (2016), Multitiasking is actually kind of a problem - for kids and adults, în The Washington Post, 4 mai, ediția electronică, disponibil la: www.washingtonpost.com*

Yale Center for Teaching and Learning, Use of Electronic Devices in Class, disponibil la: http://ctl.yale.edu

- *Wallis Claudia, (2006), The Multitasking Generation, Time, Mondey 27 March, disponibil la: http://content.time.com*



Metodă de evidenţiere a consecinţelor tulburărilor de limbaj la copii

Autor: ***Iuliana BĂRBUCEANU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interscolar nr.8, Școala Gimnazială "Sfinţii Voievozi"

Tulburările de limbaj la copii se soldează, de cele mai multe ori, cu consecinţe în diferite planuri: emoţional, comportamental, şcolar şi social.

Din aceste considerente, propunem colegilor logopezi un chestionar care să poată fi aplicat aparţinătorilor copiilor cu tulburare de limbaj, odată cu realizarea anamnezei.

Chestionarul permite evidenţierea rapidă a consecinţelor nedorite ale tulburării de limbaj, conducând în acelaşi timp, spre trasarea unor direcţii de lucru într-o terapie complexă, optimizatoare care, pe lângă îmbunătăţirea calităţii limbajului şi a comunicării, are în vedere echilibrarea emoţională, îmbunătăţirea comportamentului, adaptarea şcolară şi socială. Terapia optimizatoare la care se face referire, facilitează clădirea unei personalităţi autonome, aflată în armonie cu sine, cu lumea şi care, printr-un exerciţiu de integrare permanentă şi eficientă a achiziţiilor actuale şi a celor ulterioare, să ajungă la capacitatea de a-şi revela, în orice moment, maximum de potenţial.

Chestionarul se bazează pe raportările părinţilor copiilor cu tulburări de limbaj investigaţi, cu privire la simptomatologia din sfera afectivă a acestora. Chestionarul cuprinde 12 itemi divizaţi pe componentele: emoţională, comportamentală, socială, şcolară, componente care pot fi influenţate de prezenţa tulburării de limbaj.

În aprecierea răspunsului, părintele va ţine cont de frecvenţa de manifestare a simptomului în ultimele 3 luni, iar scorarea se va face după o scală likert cu 0 (în cazul în care copilul manifestă "rareori" simptomul), cu 1 (în cazul în care manifestă "uneori" simptomul) şi cu 2 (în cazul în care manifestă "deseori" simptomul) la itemii 1,2,3,4,5,6,7,10 şi cu 0 (în cazul în care manifestă "deseori" comportamentul), cu 1 (în cazul în care manifestă "uneori" comportamentul) şi cu 2 (în cazul în care manifestă "rareori" comportamentul) la itemii 8,9,11,12. Scorurile totale obţinute se pot încadra între 0 si 24, un scor mai ridicat indicând o simptomatologie afectiv/dezadaptativă.

Conţinutul chestionarului:

1. Copilul este temător, neliniştit.
2. Copilul este trist, retras.
3. Copilul este sensibil, plângăcios.
4. Copilul prezintă dificultăţi de somn sau de alimentaţie.
5. Copilul prezintă nervozitate, iritabilitate.
6. Copilul prezintă agresivitate asupra sa sau a altora.
7. Copilul refuză să apară sau să vorbească în public.
8. Copilul reuşeşte să-şi facă prieteni.
9. Copilul reuşeşte să ceară unui vânzător ceea ce are nevoie.
10. Copilul prezintă temeri, nelinişti, dureri, plâns, refuz, atunci când trebuie să meargă la şcoală.
11. Copilul povesteşte acasă, întâmplări petrecute la şcoală.
12. Modul în care copilul se descurcă în plan şcolar este unul mulţumitor.

Aspecte socio-culturale - repere pentru o nouă înțelegere a tulburărilor de limbaj

Autor: ***Emanuela APOSTOL***
Prof. logoped la CLI nr. 2, Școala Gimnazială „Grigore Alexandrescu" - Târgoviște, CJRAE Dâmbovița

Creșterea numărului de copii care prezintă tulburări de limbaj ne-a atras atenția, constatarea repetându-se la fiecare analiză din ultimii ani. În același timp s-a sesizat și o scădere a eficienței modalităților de corectare a limbajului la o parte dintre subiecți, modalități care se dovedisră a fi destul de productive la toate generațiile anterioare. De aici și întrebările firești: *De ce? Cum putem acționa?* În aceeași arie de analiză, de data aceasta însă din perspectiva consecințelor[1] binecunoscute ale tulburărilor de limbaj la copil, s-a impus cu necesitate aflarea cauzei acestei situații și, implicit, a modalităților de acces prin care să putem interveni eficient.

Însușirea limbajului este un act dinamic, progresiv și complex. Copiii dobândesc limbajul în contextul familiei în cadrul căreia apar și se dezvoltă. Acesta presupune și se referă la existența unei interacțiuni dinamice între credințele culturale, valorile promovate de familie, așteptările și experiențele acesteia în ceea ce privește creșterea și educarea copilului, toate acestea influențând major, între altele, și dezvoltarea limbajului la copil.

Procesele psihice complexe sunt adânc impregnate de dimensiunea socială, culturală și istorică a societății și a dinamicii acesteia. O explorare complexă a psihicului nu este cu putință în absența dezvăluirii acestor determinări de profunzime. A devenit, astfel, inevitabil să se dezvolte studiul asupra modului în care contextul socio-cultural modelează aspecte ale comportamentului uman (de la obiceiurile alimentare până la procesele cognitice complexe). Remarcăm în acest sens deschiderea, în ultimele decenii, a noi câmpuri disciplinare de interes. Unul dintre exemple fiind ascensiunea *Psihologiei interculturale* care urmărește atât analizarea și interpretarea adaptării psihologice a indivizilor atunci când aceștia trec într-o altă cultură, cât și, mai ales, misiunea de a descrie și înțelege influența factorilor socio-culturali asupra evoluției și comportamentului uman. În accepțiunea lui Pitirim Sorokin, citat de A. Bondrea, *„fiecare personalitate umană are o structură socio-culturală specifică și ea este expresia raporturilor dintre indivizi sau grupuri sociale și mediul social în care trăiesc"*[2].

Odată stabilite aceste referințe generale putem restrânge, analogic, aria de analiză la interacțiunile sau, mai degrabă, la perturbarea interacțiunilor dintre copil și familia sa. Aceasta pentru că este de notorietate fenomenul destructurării familiei din diverse motive, dar mai ales în contextul plecării masive în străinătate a indivizilor în căutarea unui loc de muncă; iar între aceștia, se regăsesc foarte mulți părinți ai căror copii rămân acasă în grija bunicilor, a rudelor, a vecinilor sau chiar singuri. Și cum această mobilitate socială a cunoscut în ultimii ani o intensitate considerabilă[3] , iar vârsta multor copii rămași acasă fără părinți este mică, atunci lucrurile devin cu adevărat complicate. Absența fizică îndelungată a părinților este puternic resimțită de copil (un grad mare de vulnerabilizare avându-l cei cu vârsta de 5-6 ani aflați în pragul intrării la școală [4]), chiar dacă cei în grija cărora el rămâne se ocupă maximal și sunt preocupați de interesul copilului. *„Părinții constituie pentru copii prezențe simbolice esențiale (...), sunt primele repere semnificative ale procesului de autoidentificare/autodiferențiere a sinelui, clar delimitate de restul colectivității familiale sau locale, și rămân astfel de repere și după ce copiii merg la școală și, în general, pe tot parcursul vieții."*[5]

Studiile efectuate pe copiii crescuți în

1. Efectele tulburărilor de limbaj asupra copiilor se referă la: rețineri în vorbire, rigiditate în a-și exprima gândurile și ideile conform posibilităților lor intelectuale, neparticiparea/neadecvarea la viața de colectiv - toate acestea făcându-i să fie irascibili, nervoși, timizi, deprimați, nesiguri, apare surmenajul fizic și intelectual cu consecințe inhibitorii asupra întregii lor activități. În cazuri mai grave sau prin suprapunerea cu alte circumstanțe defavorizante, suferința psihică se poate accentua constatându-se stări nevrotice, anxietate, fenomene de dezadaptare, dezorganizarea echilibrului personalității și dezordini comportamentale.
2. A. Bondrea, Sociologia culturii, Ed. Fundația România de mâine, București, 1993, pag. 116
3. Referindu-ne la amplitudinea migrației temporare românești actuale, există studii care analizează dinamica cestui fenomen, constatându-se (în perioada 1990-2008/2010) trei etape distincte: între 1990-1995 rata maximă a emigrării a fost de 3%; între 1996-2001, rata emigrării a urcat la 7%; iar în intervalul 2002-2008/2010, rata maximă a emigrării a ajuns la 28% (Dumitru Sandu, Lumile sociale ale migrației românești în străinătate, Polirom, 2010, pp. 64, 103).
4. O altă etapă de vârstă în care copiii sunt vulnerabili este cea a adolescenței
5. E. Stănciulescu, Sociologia educației familiale, vol. II, Polirom, Iași, pp. 67-68
6. Traducere pers. din J. Beaudichon, La communication sociale chez l`enfant, Presses Universitaires de France, Paris, 1982, pag. 42

instituții specializate au adus dovezi clare despre importanța experienței afective timpurii asupra devoltării cognitive, lingvistice și sociale a copilului. Latura afectivă este de o importanță covârșitoare în dezvoltarea psihică a copilului, în achiziția formelor limbajului, în socializare. Într-o lucrare despre comunicarea socială a copilului, Janine Beaudichon o citează pe T. Slama-Cazacu arătând că *„o parte importantă a limbajului copilului este constituită din propoziții predominant afective și interpretează acest lucru nu atât ca pe o dovadă a faptului că copilul încearcă să se afirme, ci mai degrabă prin necesitatea lui de a recurge la această formă de limbaj pentru a atrage atenția **(părinților)**, pentru a-i influența, a-i convinge de ceva, pentru a se face ascultat prin toate mijloacele posibile."*[6]

Secolul XX este marcat de studiile lui John Bowlby care, începând cu anii '50, este profund dedicat studiului *atașamentului*. El a dezvoltat *Teoria Atașamentului* și a evidențiat rolul relației copil-părinte în dezvoltarea personalității copilului și în apariția modificărilor emoțional-comportamentale. Un rol covârșitor în procesul dezvoltării copilului pe toate planurile îl are contactul permanent dintre acesta și părinții săi (îndeosebi cu mama), contact care, pentru a fi eficient, trebuie să se realizeze complementar în plan fizic, verbal și afectiv.

Prin prezența și implicarea lor directă, părinții îi asigură copilului atât un sentiment de siguranță fizică și emoțională cât și un echilibru socio-afectiv – premise ale dezvoltării psiho-afective și socio-educaționale ale copilului. Dezarticularea acestei relații prin privarea copilului de contactul nemijlocit și sistematic cu părinții săi îi poate afecta major dezvoltarea sub numeroase planuri, inclusiv cel al limbajului, poate avea consecințe grave cu implicații la nivel afectiv, comportamental, comunicațional, de cele mai multe ori simptomatizate în anxietăți, agresivitate, tulburări de limbaj, de învățare, ticuri motorii sau verbale, etc.

Interacțiunile multiple, simultane sau consecutive ale componentelor sferei vieții individului creează o extremă complexitate a modului de determinare individuală în toate planurile, inclusiv sub aspectul dobândirii și evoluției limbajului sub toate laturile sale. A avea în vedere existența și interacțiunea (uneori într-un mod destabilizator) elementelor din complexitatea psiho - socio - economică, educativă și culturală și a le investiga potențialul determinativ asupra dezvoltării limbajului la copil – este o abordare prin care se poate lărgi cadrul și maniera de analiză asupra apariției/menținerii tulburărilor de limbaj. Dacă investigarea etiologică este corect realizată, atunci riscul de abordare greșită sau incompletă se reduce, atrăgând, implicit, și diminuarea erorilor de diagnostic și/sau de abordare terapeutică. Un alt scop urmărit prin luarea în considerare a influenței diverșilor factori cu potențial cauzal este acela de a reuși o prevenire maximală a apariției tulburărilor de limbaj, realizată prin (re)cunoașterea înlănțuirii de cauze și efecte, efecte ce pot deveni, ulterior, noi cauze cu potențial patologic declanșator sau de întărire a unei tulburări.

O intervenție timpurie care să contracareze eficient acțiunea factorilor de risc prezenți prin destructurarea familiei poate determina eficientizarea demersului recuperativ (psihologic, logopedic), sau chiar ameliorarea cvasispontană a simptomelor din zona psiho-aemoțională sau de limbaj a copilului cu abateri de la traseul normal al procesului de dezvoltare.

BIBLIOGRAFIE

1. BEAUDICHON, Janine, La comunication sociale chez l'enfant, PUF, Paris, 1982
2. BONDREA, Aurelian, Sociologia culturii, Editura Fundației România de mâine, București, 1993.
3. CEAUȘU, Valeriu, PITARIU, Horia, TOMA, Mircea, Psihologia și viața cotidiană, Editura Academiei, București, 1988.
4. GAVRELIUC, Alin, Psihologie interculturală, Edittura Polirom, Iași, 2011
5. GOLEMAN, Daniel, Emoțiile distructive, Editura Curtea veche, București, 2005.
6. MORAND de JOUFFREY, Pauline, Psihologia copilului, Editura Teora, București, 1998.
7. ROȘAN, Adrian, Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție, Editura Polirom, Iași, 2015.
8. SANDU, Dumitru, Lumile sociale ale migrației românești în străinătate, Editura Polirom, Iași, 2010.
9. STĂNCIULESCU, Elisabeta, Sociologia educației familiale, Vol. II, Familie și educație în societatea românească, Editura Polirom, Iași, 1998.
10. VERZA, Emil, VERZA, Florin, Emil, Tratat de psihopedagogie specială, Editura Universității din București, 2011
11. TEODORESCU, Gheorghe, Sociologia mirabilis, Editura Fundației AXIS, Iași, 2006.

TULBURARI DE SPECTRU AUTIST (TSA) caracteristici generale

VOCABULAR **A** VANSAT
S ENSIBIL LA CRITICI
OBSESIUNEA **P** ARTICULARĂ
VORBIR **E** NESFÂRȘITĂ
R IGID
NEÎN **G** ĂDUITOR
UȘOR D **E** DISTRAS
P **R** OVOCAT SOCIAL

Autori: ***Elena Liliana GĂLBINAȘU, Georgiana MIHAI, Cristina STEREA***
Prof. logopezi la Centrul logopedic interscolar nr. 5, Școala Gimnazială nr. 190



TSA este o tulburare heterogenă, cu multiple caracteristici fenotipice asociate, caracterizată prin deteriorare calitativă a interacţiunii sociale, a limbajului folosit ca mijloc de comunicare, comportamente şi interese stereotipe, restrânse şi repetitive, cu debut înainte de vârsta de 3 ani.

Tulburarea autistă (autismul infantil)
tulburare neuropsihică caracterizată prin deteriorare calitativă în interacţiunea socială, deteriorări calitative în comunicare şi prezenţa unor pattern-uri stereotipe şi repetitive restrânse de comportament, preocupări şi activităţi. Simptomatologia debutează în primii 3 ani de viaţă.

Tulburarea (Sindromul) Asperger
este o tulburare pervazivă de dezvoltare care se caracterizează printr-o afectare a comportamentului social, a interacţiunii sociale, prin existenţa unor preocupări şi interese restrictive, stereotipe, specifice autismului; aceşti copii au un nivel bun din punct de vedere al funcţionării cognitive şi al dezvoltării limbajului, cu caracteristici specifice vârstei, dar au o mare incapacitate de rezonare afectivă, de exprimare a reciprocităţii emoţionale, de comunicare empatică





Autismul atipic (PDD-NOS)
diagnostic ce se utilizează când există o deteriorare severă şi pervazivă în dezvoltarea interacţiunii sociale reciproce sau a aptitudinilor de comunicare nonverbală sau verbală ori când sunt prezente comportamente, interese şi activităţi stereotipe, dar nu sunt întrunite criteriile pentru o tulburare pervazivă de dezvoltare specifică, pentru schizofrenie, pentru tulburare de personalitate schizotipală ori pentru tulburarea de personalitate evitantă.

CARACTERISTICI CLINICE
1. Deficitul calitativ în interacţiunea socială se manifestă prin:
- dificultate de a realiza contact vizual sau contact vizual inconstant;
deteriorare marcată în uzul comportamentelor nonverbale pentru a interacţiona social: privitul ochi în ochi, expresia facială, gesturile, posturile;
- incapacitate de a promova relaţii cu egali: nu se simte atras de ceilalţi, deseori nu are prieteni, nu iniţiază jocuri și nu se alătură grupurilor de copii;
- lipsa dorinţei spontane de a împărtăși cu ceilalţi bucuria;
- nu-şi exteriorizează dorinţele, interesele;
- nu-şi exprimă îngrijorarea faţă de alte persoane;
- nu simte nevoia de a fi mângâiat, lăudat sau apreciat pentru reușitele sale;
- nu manifestă reciprocitate emoţională şi socială;
- nu diferenţiază persoanele străine de cele pe care le vede zilnic; alteori manifestă anxietate marcată faţă de străini.

2. Deficit calitativ de comunicare:
- lipsă sau întârziere în dezvoltarea limbajului expresiv, neacompaniat de mijloace alternative de comunicare;
- nu răspunde atunci când este strigat pe nume;
- poate lăsa impresia că nu aude sau că nu se așteaptă ca cineva să-i vorbească;
- zâmbet discret sau faţă prietenoasă, dar fără adresabilitate clară, este prietenos cu toată lumea;
- poate fi neașteptat de liniștit și tăcut;
- uneori limbajul este dezvoltat, dar poate prezenta o deteriorare semnificativă a capacităţii de a iniţia sau a susţine conversaţii;
- pare a nu fi interesat să comunice cu alte persoane;
- răspunde inadecvat la întrebări, relatează evenimente petrecute cu mult timp în urmă și pe care la momentul respectiv parcă nici nu le-a observat, are dificultăţi semantice și alterări ale structurii gramaticale;
- nu înţelege umorul, ironia sau sensul implicit al cuvintelor;
- limbaj stereotip și repetitiv sau limbaj vag: solilocvia într-o manieră stereotipă, verbalizări - respectiv emite sunete sau exprimări fără sens pentru anturaj, ecolalia imediată și întârziată, dificultatea de a-și însuși exprimarea la persoana I, pedanterie accentuată şi o melodicitate particulară în limbaj;
- lipsa jocului variat și spontan sau a jocului imitativ social;

3. Pattern-uri repetitive şi stereotipe de comportament cu activităţi şi interese restrânse:

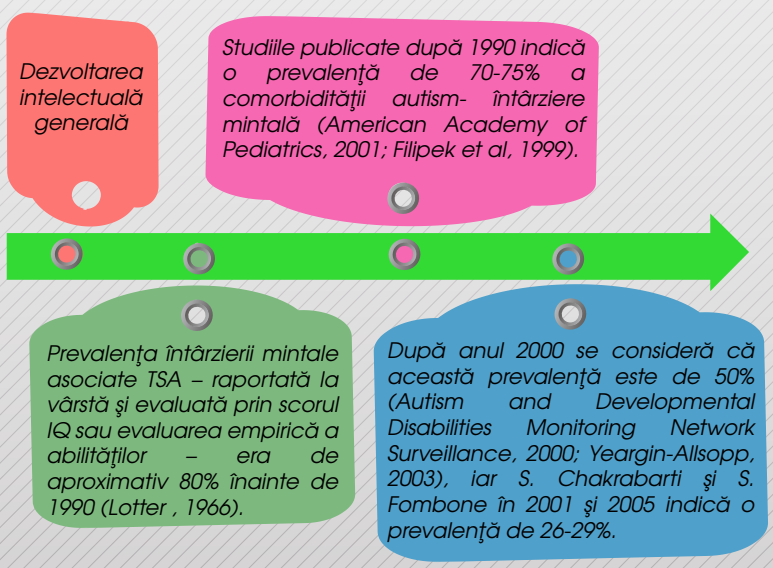
preocupări circumscrise pentru pattern-uri repetitive și stereotipe de comportament și interese, anormale ca intensitate și focalizare;

• aderenţă inflexibilă la rutină și ritualuri nonfuncţionale;
• manierisme motorii repetitive și stereotipe: mers pe vârfuri, fâlfâitul braţelor, legănat, învârtire în jurul propriului ax (semnul titirezului), diverse grimase, gesturi, posturi, dintre care unele sunt bizare;
• învârte la nesfârșit rotiţa unei mașinuţe (Bergeson et al, 2003);
• manifestă disconfort sau se zbate atunci când este luat în braţe;
• este foarte sensibil la unii stimuli auditivi;
• poate utiliza limbajul într-un mod repetitiv;
• persevereză în unele activităţi, manifestă rezistenţă atunci când se încearcă schimbarea rutinelor;
• nu manifestă frică în situaţii periculoase
• explorează mediul în maniere improprii: miros, lins, pipăit;
• evită contactul cu alte persoane, preferând contactul şi jocul cu obiecte.

4. Caracteristici ale procesului de învăţare

• achiziţii şi performanţe inegale în diverse arii: uneori are abilităţi deosebite într-o anumită arie;
• rezistenţă la încercarea de a schimba mediul de învăţare;
• are dificultăţi atunci când trebuie să aștepte sau să se folosească de timpul liber, nestructurat;
• nu reușește să generalizeze abilităţile învăţate;
• are dificultăţi de abstractizare și conceptualizare – are nevoie de instrucţiuni concrete;
• nu înţelege sensul implicit sau metaforic al cuvintelor, folosește cuvintele ad literam;
• nu înţelege expresiile faciale sau „limbajul corpului";
• poate manifesta impulsivitate sau comportament compulsiv;
• este ușor de distras de anumiţi stimuli auditivi sau vizuali;
• are dificultăţi de organizare, planificare sau luare a deciziilor.

5. Dezvoltarea intelectuală



6. Dezvoltarea somatică

Majoritatea copiilor cu TSA sunt dezvoltaţi armonios, eutrofici, fără anomalii fizice. Copiii cu TSA cu vârste cuprinse între 2 şi 7 ani sunt mai scunzi decât cei având aceeaşi vârstă.

Unii copii cu TSA pot prezenta răspunsuri anormale la stimuli senzoriali:

• hipersensibilitate la sunete: se pot speria la sunete obişnuite precum soneria telefonului, lătratul câinilor, sirena poliţiei;
• hipersensibilitate la lumină: nu pot suporta o lumină mai puternică, deși sunt fascinaţi de ea;
• pot fi sensibili la atingere: nu suportă anumite texturi (lână sau haine cu etichete – o pacientă nu suporta nici un fel de haine, stătea toată ziua dezbracată, doar seara la culcare accepta cearceaful); unii dintre ei paradoxal pot deveni cooperanţi și chiar să dorească atingerea (o fetiţă începea să zâmbească sau chiar să râdă când era gâdilată, având, astfel, o schiţă de interacţiune).

SEMNE "ROȘII"

În literatura de specialitate sunt descrise nouă „semne roşii" pentru autism, semne de alarmă pentru părinte:

• lipsa privirii ochi în ochi;
• lipsa exprimării bucuriei;
• lipsa împărtășirii plăcerii sau interesului;
• lipsa de răspuns la propriul nume;
• lipsa coordonării privirii, expresiei faciale, gesturilor şi sunetelor;
• nu arată obiecte, nu imită gesturi sau sunete;
• prozodie neobişnuită;
• mișcări și posturi repetitive ale corpului;
• mişcări repetitive cu obiectele (Courchesne et al, 2005).

Între 0 şi 6 luni

• tulburări ale interacţiunii - bebeluș foarte cuminte, care nu plânge aproape niciodată, care "se face uitat";
• tulburări tonice – sub forma hipotoniei cu absenţa dialogului tonic începând de la 2-3 luni, fără tonus sau gest anticipator sau, din contră, sub forma hipertoniei cu gesticulare neîncetată, cu incapacitatea de a se liniști când este ţinut în braţe;
• tulburări ale privirii cu desprinderea și evitarea privirii, frecvent strabism;
• tulburări de somn – cu insomnie, în general liniștită, sau cu plâns intens în cursul nopţii, inversarea ritmului somn-veghe;
• tulburări de alimentaţie – absenţa sucţiunii, anorexie;
• absenţa zâmbetului voluntar începând cu 3 luni, cu menţinerea unei figuri serioase aproape rigide.

Între 6 şi 12 luni

• manifestările precedente se accentuează şi influenţează calitatea interacţiunii mamă-copil;
• absenţa dialogului tonic devine manifest, cu absenţa braţelor întinse (când copilul este luat în braţe), copilul este fie hipoton (păpușă de paie), fie hiperton, rigid (ca o bucată de lemn) părând să refuze contactul;
• absenţa mimicii (în special absenţa ritualului de

întâmpinare la trezire);
• dezvoltarea atitudinilor bizare, activităţi solitare: jocul degetelor şi mâinilor în faţa ochilor, balans, utilizarea neobişnuită a obiectelor (râcâire, frecare), absenţa interesului pentru persoane (lipsă de contact);
• absenţa frecventă a gânguritului şi vocalizelor, aerul serios, dau acestui copil un stil de relaţionare mecanic;
• se observă adesea o absenţă de reacţie faţă de străini şi o aparentă indiferenţă la separări şi regăsiri (Marceli, 2003).

Între 1 şi 2 ani

• tabloul clinic se constituie treptat, fiind marcat de absenţa limbajului (devine grija primordială a părinţilor);
• jocurile sunt sărace, stereotipiile, manierismul gestual, interesul exclusiv pentru obiecte bizare (sfoară, bucăţi de obiect) se accentuează (Marceli, 2003; Tiberiu şi Dreana, 2004, pp 92-106)
• indiferenţa obișnuită contrastează cu unele fascinaţii foarte vii (pentru mișcări, lumini, muzică);
• tulburările funcţionale (tulburări de somn, tulburări alimentare) pot persista;
• unele semne sunt evocatoare, dar inconstante (automutilarea);
• părinţii afirmă uneori "copilul nu este normal", "nu este ca ceilalţi" (atunci când există fraţi mai mari); părinţii au adesea sentimentul confuz că nu sunt recunoscuţi de acest copil; trăiesc o senzaţie de jenă şi de disconfort în cadrul interacţiunii cu copilul (Marceli, 2003).

SCREENING ŞI DIAGNOSTIC

Copilul dvs. vă priveşte în ochi când vorbiţi cu el?	**0**	**2**	**1**
V-aţi gândit că nu aude normal?	**2**	**0**	**1**
Copilul dvs. este dificil la mâncare?/ Pare lipsit de apetit?	**2**	**0**	**1**
Întinde braţele să fie luat în braţe?	**0**	**2**	**1**
Se opune când este luat în braţe de dvs.?	**2**	**0**	**1**
Participă la jocul "cucu-bau"?	**0**	**2**	**1**
Zâmbeşte când dvs. îi zâmbiţi? – întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Foloseşte cuvântul "mama" când vă strigă?	**0**	**2**	**1**
Poate să stea singur în pătuţ când este treaz?	**2**	**0**	**1**
Reacţionează întotdeauna când este strigat pe nume?/ Întoarce capul când este strigat?	**0**	**2**	**1**
Evită privirea directă / Nu susţine contactul vizual	**1**	**0**	**-**
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	**1**	**0**	**-**

Aceste întrebări evaluează capacităţile copilului de interacţiune şi relaţionare, de comunicare non-verbală şi rezonanţă emoţională.

- 0-6 Risc minim
- 7-9 Risc mediu - Reevaluare peste 3 luni
- 10-18 Risc sever - trimitere către medicul specialist de psihiatrie pediatrică sau neuropsihiatrie pediatrică

DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL

Prima etapă vizează:

• tulburările organice ce pot avea simptomatologie asemănătoare: paraliziile cerebrale, hidrocefalii, porencefalii, agenezii corticale;
• tulburările genetice și de metabolism:

A doua etapă :

• ***Întârzierile mintale*** – mai ales în formele moderată, severă și profundă, unde, datorită deficitului cognitiv, pot apărea afectări ale interacţiunii sociale;
• Tulburările de dezvoltare a limbajului – necesită diagnostic diferenţial în primii ani, când copilul prezintă o mare afectare a înţelegerii și exprimării, dar absenţa stereotipiilor și a discontactului psihic de tip autist exclude diagnosticul;
• ***ADHD-ul*** cu debut foarte precoce obligă prin frecvenţa foarte crescută din ultimii ani la un riguros diagnostic diferenţial. Deficitul de atenţie asociat cu întârzierea în dezvoltarea limbajului expresiv îi face pe acești copii să pară „autiști"; observarea comportamentului şi, în special, evoluţia rapid favorabilă în cazul includerii în terapii specifice infirmă diagnosticul de autism. În această categorie intră „autiștii care se vindecă" în condiţiile aplicării terapiilor complementare; de fapt este o greșeală de diagnostic.
• ***Tulburările senzoriale*** (surditatea, cecitatea) se pot însoţi uneori de o scădere a capacităţii de relaţionare datorată anxietăţii, fricii de necunoscut, conștientizării deficitului.
• ***Tulburarea reactivă de ataşament*** cu sociabilitate nediscriminativă și eșec social impune diagnostic diferenţial cu Tulburarea Autistă.

A treia etapă de diagnostic diferenţial include:

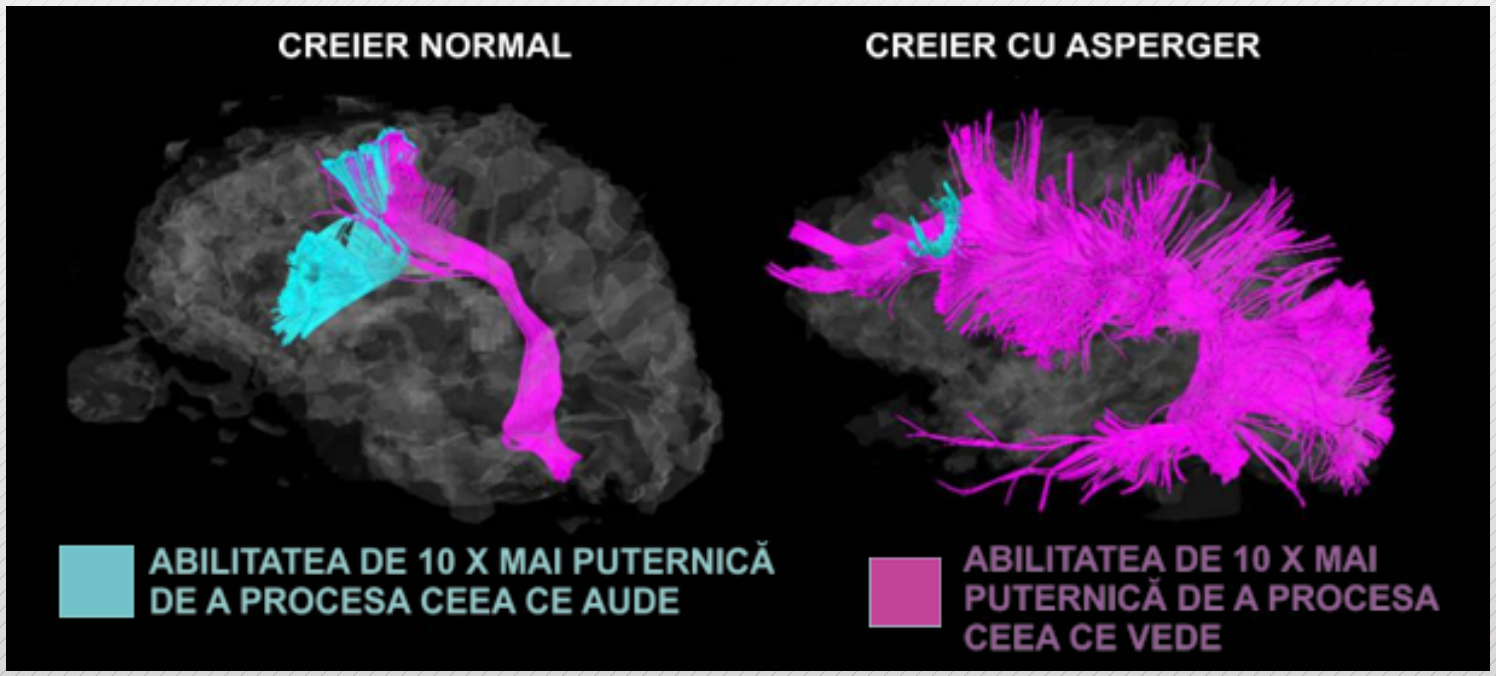
1. celelalte tulburări din cadrul categoriei diagnostice a TPD:
• Tulburarea Dezintegrativă a Copilăriei;
• Sindromul Rett;
• Tulburarea Asperger.

2. entităţi nou descrise asemănătoare cu TSA:

• MCDD (Multiple Complex Developmental Disorder), concept descris de Cohen în 1986; acești copii sunt diferiţi faţă de cei cu TSA: sunt mai agresivi, mai anxioşi, au gânduri bizare, sunt interpretativi şi pot dezvolta schizofrenie la vârsta adultă.

• NVLD (Nonverbal Learning Disorder), descrisă în 1990 de Rourke, este o formă de tulburare a funcţionării emisferului drept. Copiii au o dezvoltare superioară a capacităţilor verbale și a memoriei verbale, dificultăţi de adaptare la situaţii noi și complexe, dificultăţi relative de calcul aritmetic, prozodie săracă și pedantă, deficit important în percepţia, judecata, interacţiunea şi abilităţile sociale.

Bibliografie
1. Dobrescu I (2010). *Manual de Psihatrie a Copilului şi Adolescentului*, Editura Infomedica Bucuresti
2. Marceli D (2003). *Tratat de psihopatologia copilului*, Ed. Fundaţia Generaţia, cap. 16: Autismul infantil şi psihozele la copil
3. Nedelcu Dagmar G, Nedelcu CM (2007). *Ce înţelegem prin autism – explicaţii teoretice actuale*. Revista Română de Psihiatrie a Copilului şi Adolescentului
4. Tiberiu M, Dreana L (2004). *Tratat de psihopatologie şi sănătate mentală a copilului şi adolescentului, vol. I*
5. Willemsen-Swinkels SHN, Dietz C, Van Daalen E, et al (2006). *Screening for autistic spectrum disorders in children aged 14 to 15 months: the development of the Early Screening of Autistic Traits questionnaire*



INTERVENȚIA LOGOPEDICĂ LA COPIII CU TULBURARE DIN SPECTRUL AUTIST



Autor: ***Nicoleta Elisabeta Elena GHIȚĂ-STANCIU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interscolar nr. 3,Școala Gimnazială "Petre Ghelmez"



Tulburările de limbaj sunt constant şi, în cele mai multe cazuri, majore în autism.

Se estimează faptul că aproximativ o treime dintre autişti nu reuşesc achiziţionarea limbajului şi o altă treime nu dezvoltă decât un limbaj rudimentar.

Importanţa prognostică a dezvoltării limbajului a fost subliniată încă din anii '50 de către o serie de autori care susţineau faptul că absenţa dezvoltării unui limbaj comunicativ înainte de 5 ani este un criteriu pentru un prognostic rezervat, aspect confirmat ulterior şi de alţi cercetători

ANOMALIILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI

I. T**ulburările comunicării preverbale.** Există relativ puţine date despre comunicarea prelingvistica a copiilor foarte mici care vor deveni autişti deoarece aceştia sunt observaţi doar în mod excepţional la această vârstă.



și a gesturilor care pot să atragă atenția unui partener asupra unui obiect sau a unei situații;

Wetherby şi Prutting (1984) au arătat că şi în cazul în care copiii autişti ar dispune de mai multe acte decât de limbaj comunicativ, acestea ar fi extreme de sărace, limitându-se la acte de cerinţă sau de protest.
Autiştii îşi exprima însă dorinţele sau emoţiile prin comportamente aberante: ţipete, heteroagresivitate, autoagresivitate.
Contrar copiilor surzi sau celor cu tulburări specifice de limbaj, copiii autişti nu dezvoltă în mod spontan modalităţi non-verbale pentru a emite mesaje complexe.

fiind vorba aici de absența expresiilor faciale, a zâmbetelor, care însoțesc în mod normal un dialog, autiștii neștiind să interpreteze aceste expresii văzute de alții.

II. Tulburările de limbaj propriu-zise. O clasificare a acestora ţine seama de nivelurile de realizare şi de comprehensiune a limbajului după cum urmează.

Astfel, realizarea se distinge la:

a. nivelul fonologic – cel mai adesea, autiştii care vorbesc nu prezintă deficite de articulare, dar îşi dezvoltă sistemul fonologic într-un ritm mai lent decât cel normal;

b. nivelul semantic – în cazul autismului este extrem de afectat. Copiii autişti dau dovadă de o dificultate foarte marcată de a utiliza cuvintele, respectând semantica acestora. Uneori pot ajunge la un nivel satisfăcător al vocabularului, dar nu eşuează la reprezentarea semnificaţiei cuvintelor, ci la utilizarea lor corectă. Dificultăţile specifice se referă mai ales la folosirea termenilor caracteristici pentru spaţialitate, temporalitate şi pentru relaţiile interpersonale;

c) nivelul morfosintactic – o serie de cercetători au scos în evidenţă diferenţe ale morfologiei şi sintaxei la copiii autişti, cum ar fi o utilizare deficitară a morfemelor corespunzătoare timpurilor verbale şi articolelor, ceea ce pare să denote o dezvoltare mai lentă, o plafonare a acestei dezvoltări;

d) nivelul pragmatic – utilizarea socială a limbajului este, de asemenea, extrem de perturbată. A fost descrisă o spontaneitate redusă a limbajului, cu expresii verbale accidentale, absenţa unei intenţii aparente de comunicare, deficite ale adaptării la rolurile unei conversaţii, nerespectarea regulilor de politeţe, de aşteptare a momentului pentru a vorbi, o rigiditate şi o inadaptare a limbajului în raport cu contextul sau cu sarcină, o variabilitate a calităţii şi abundenţei comunicării în funcţie de interlocutor, mai mult sau mai puţin familiar cu situaţia;

e) nivelul prozodic – existența unor anomalii de tipul monotoniei intonației, cu un procent crescut de frecvențe înalte, cu o hipo- sau hipernazalitate, cu un control deficitar al volumului vocii, cu frecvente şuşoteli şi o sărăcie a accentuării tonice;

f) nivelul de ecolalie – foarte frecventă, fiind uneori singura realizare lingvistică a copilului autist. Ea nu este însă specifică, putând fi întâlnită şi în cazul unor demenţe infantile, la copiii nevăzători sau chiar la unii copii tipici.

III. Comprehensiunea. În această privinţă au fost puse în evidenţă mai ales dificultăţile copiilor autişti de a înţelege sensul expresiilor lingvistice în cazul în care contextul nu este evocator.

Tager-Flusberg (1981) a arătat faptul că înţelegerea frazelor este precară faţă de cea a copiilor tipici, mai puţin din motivele unei comprehensiuni sintactice deficitare, cât mai ales din raţiuni de comprehensiune semantică.

LIMBAJUL COPILULUI CU TSA

Unul dintre primele semne îngrijorătoare îl reprezintă absenţa limbajului.

Majoritatea metodelor de lucru în terapia copiilor diagnosticaţi cu tulburări de spectru autist se bazează pe asocierea cuvintelor cu imagini, astfel încât copilul să înveţe funcţional.

Ceea ce le lipseşte însă este intenţia de comunicare.

Comunicarea verbală şi nonverbală.

Simptomele pot fi:

- întârziere în vorbire sau lipsa acesteia.
- probleme în iniţierea unei conversaţii. De asemenea, persoanele cu autism au dificultăţi în menţinerea continuităţii unei conversaţii începute.
- limbaj sterotip şi folosirea repetitivă a unor cuvinte. Persoanele cu autism repetă o propoziţie sau o frază pe care au auzit-o de curând (ecolalie).
- dificultate în înţelegerea punctului de vedere al persoanei cu care are conversaţia. De exemplu, o persoană cu autism ar putea să nu înţeleagă că cineva glumeşte.
- pot interpreta comunicarea cuvânt cu cuvânt şi nu au capacitatea de a înţelege mesajul, sensul transmis.

Interes diminiuat în diverse activităţi sau în joc.

Simptomele pot fi:

- o atenţie neobişnuită asupra jucăriilor. Copiii mai mici cu autism se concentrează adesea pe anumite părţi ale jucăriilor, cum ar fi roţile unei maşinuţe şi nu se joacă cu întreaga jucărie.
- preocupare faţă de anumite subiecte. Copiii mai mari şi adulţii sunt adeseori fascinaţi de programul trenurilor sau de buletinele meteo.
- nevoie de uniformitate/simetrie şi de rutină. De exemplu, un copil cu autism poate avea întotdeauna nevoie să mănânce pâine înainte de salată şi insistă să meargă în fiecare zi pe acelaşi drum spre şcoală.
- comportament stereotip. Acesta constă în bătăi din palme sau în legănarea corpului.



Limbajul nu apare la vârsta obişnuită şi această absenţă a limbajului nu este înlocuită de nicio încercare de comunicare gestuală sau mimică.

Când apare limbajul, se observă anumite particularităţi: pe lângă întârziere în apariţie, există ecolalie imediată sau întârziată (repetarea ca un ecou a ceea ce tocmai a spus interlocutorul), o prozodie particulară monotonă, sacadată, o inversare a pronumelor (utilizarea pronumelui „tu” pentru a se numi pe sine), sintaxa rămâne săracă, întârziată, exprimarea emoţiilor (bucurie, plăcere, surpriză, furie) este cel mai frecvent absentă.

Deşi nivelul de înţelegere a limbajului este în mod obişnuit superior celui de expresie, se observă totuşi anomalii: copilul înţelege mai ales ordinele simple, cuvinte concrete, comenzile de a realiza o sarcină simplă. Nu înţelege cuvinte abstracte, glumele.

Programul de intervenţie logopedică

- Trebuie să fie adaptat nevoilor şi posibilităţilor copilului;
- Terapia trebuie să încurajeze dezvoltarea exprimării spontane;
- Programul terapeutic trebuie să înceapă cât mai devreme şi să se desfăşoare în mod regulat;
- Trebuie găsită cea mai bună modalitate de a include exerciţiile în viaţa de zi cu zi a copilului;
- Stimularea şi încurajarea copilului în procesul de dezvoltare a limbajulu;
- Metoda de imitaţie non-verbala face parte din programul terapeutic bazat pe analiza comportamentală aplicată şi trebuie introdusă încă din prima lună de terapie;
- Urmează învăţarea limbajului receptiv (discriminarea obiectelor, identificarea receptivă a acţiunilor etc.);
- Pasul următor constă în învăţarea limbajului expresiv.

La copilul cu TSA obiectivele programului sunt:

- articularea corectă a cuvintelor;
- dezvoltarea comunicării verbale şi nonverbale;
- adecvare situaţională în comunicare;
- formarea intenţiei de comunicare;
- creşterea capacităţii de urmărire a interlocutorului;
- formarea comportamentului verbal-imitativ pentru corectarea pronunţiei;
- folosirea comunicării ca mijloc de realizare şi întreţinere a unei relaţii sociale;
- obţinerea unor reacţii de răspuns verbal sau nonverbal adecvate situaţional;
- ştergerea sereotipiilor şi şabloanelor verbale.

Condiții de reușită a intervenției logopedice în TSA

- abordarea timpurie;
- bazarea terapiei pe capacităţi existente /conservate sau dezvoltate ale copilului;
- paşi adaptaţi situaţional;
- stimulare în situaţii diverse pentru a realiza generalizarea comportamentului verbal;
- coroborarea obiectivelor de tip logopedic cu alte obiective terapeutice;
- construirea situaţiilor de comunicare cât mai fireşti şi diversificarea lor;
- parcurgerea etapelor de dezvoltare a limbajului.



Metode de intervenție în tulburările de limbaj asociate cu ADHD

Autor: ***Valeria BALABAN***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr 4, Școala nr 195.

Copiii nu mai sunt ca odinioară...din ce în ce mai des auzim o astfel de afirmaţie. În prezent, preşcolarii, dar și școlarii prezintă deficit de atenţie, hiperactivitate și impulsivitate.

ADHD ("Attention Deficit Hyperactivity Disorder"), este o tulburare comportamentală manifestată prin incapacitatea de concentrare sau de finalizare a sarcinilor, hiperactivitate, comportament compulsiv sau impulsiv, modificări ale dispoziţiei, scăderea memoriei pe termen scurt şi a capacităţii de învăţare, neîndemânare, percepţia distorsionată a timpului.ADHD reprezintă o dificultate de natură medicală care debutează în copilărie şi care, nedescoperită la timp și tratată corespunzător, se complică influenţând şi viaţa adultă.

Copiii cu ADHD prezentă anomalii în structura materiei albe (demielinizări ale fibrelor nervoase) dar şi la nivelul materiei cenuşii (neuroni, dentrite, axoni nemielinizaţi), diminuarea nivelului dopaminei, serotoninei, adrenalinei şi a noradrenalinei, perturbări ale circulaţiei şi a metabolismului energetic cerebral, anomalii tiroidiene. Aceste perturbări au loc la nivelul lobilor frontali,în special la nivelul lobului frontal drept. Din păcate, mult timp, acest deficit a fost asociat carenţelor educative sau a răsfăţului exagerat venit din partea adulţilor. Studiile de specialitate indică un procent de 5% dintre copiii de vârstă şcolară cu simptome ADHD, aproximativ 1-2 din copiii dintr-o clasă de 30 pot fi cu potenţial ADHD. Copiii cu ADHD sunt uşor de identificat pentru că ei sunt foarte agitaţi, neatenţi, nu pot sta într-un loc şi răspund neîntrebaţi. Un copil cu ADHD care nu este diagnosticat și tratat la timp se va confrunta cu multe probleme acasă și în societate. Din cauza comportamentului la şcoală va fi izolat de grup, va fi respins de colegi. Profesorii îl vor certa pentru că nu este atent. Cu timpul, atât situația de la școală, cât și cea de acasă vor înrăutăți simptomele, iar în lipsa tratamentului, copiii cu ADHD devin agresivi, dezvoltând comportamente antisociale. Raportul dintre numărul băieţilor şi al fetelor afectate este de trei la unu.

În cazul copiilor diagnosticaţi cu ADHD foarte importantă este intervenţia de specialitate, răbdarea şi munca în echipă alcătuită din: terapeut, consilier şcolar, psiholog, medic, cadru didactic de sprijin, cadrul didactic de la clasă şi nu în ultimul rând părintele. În viaţa de zi cu zi observăm mulţi copii cu comportamente asemănătoare ADHD-ului fără a fi vorba de aşa ceva. Mai toţi avem momente când visăm cu ochii deschişi, suntem neatenţi, îi întrerupem pe alţii, răspundem neîntrebaţi, ne pierdem răbdarea sau suntem agitaţi, dar nu toţi suferim de ADHD.

Medicul psihiatru pentru copii stabilește diagnosticul după următoarele simtome:

Simptomele pentru deficitul de atenţie :

- frecvent ignoră detaliile; greşeşte din neglijenţă.
- frecvent îşi menţine cu greutate concentrarea la lucru sau la joacă.
- adeseori pare să nu asculte atunci când cineva i se adresează direct.
- frecvent nu respactă instrucţinunile; nu finalizează ceea ce a început.
- adeseori are dificultăţi în a-şi organiza sarcinile şi activităţile.
- adeseori evită activităţile care necesită efort intelectual susţinut.
- frecvent pierde lucruri de care are nevoie.
- frecvent este distras de zgomote exterioare.
- adeseori este uituc în activităţile cotidiene.

Simptomele hiperactivităţii:

- adeseori se agită sau se foieşte;
- adeseori trebuie să se ridice de pe scaun;
- adeseori aleargă sau se caţără atunci când nu ar trebui;
- adeseori are dificultăţi în desfăşurarea activităţilor de timp liber nezgomotoase (atunci este în mişcare, parcă ar fi animat de un motor);
- adeseori vorbeşte excesiv.

Simtomele impulsivităţii:

- adeseori răspunde înainte ca întrebările să fie complete;
- adeseori are dificultăţi în a-şi aştepta rândul.
- adeseori întrerupe sau deranjează alte persoane.

Mulţi dintre copiii cu ADHD au tulburări de limbaj, mai ales legate de expresivitatea limbajului. Ei pot avea un vocabular limitat, dificultăţi de găsire a cuvintelor și utilizarea noțiunilor de gramatică deficitare ..

Tulburările de limbaj asociate cu ADHD sunt: întârzierea în dezvoltarea limbajului (2-4 ani), dislalia, bâlbâiala și pot persista la vârsta școlară sub forma tulburărilor de învăţare. Oricare ar fi diagnosticul logopedic, terapeutul va ţine cont de particularitățile copilului.

Copiii cu ADHD pot întâmpina probleme în ce priveşte memoria de lucru datorită disfuncţiei

fronto-striato-cerebrale .
- Memoria spaţială presupune activarea emisferei drepte care de asemenea este implicată în apariţia ADHD;
- Sarcinile spaţiale sunt mult mai provocatoare decât cele verbale, nu au un caracter automat şi nu sunt nici familiare;
- Este posibil ca deficitul de memorie de lucru la copiii cu ADHD să se datoreze altor disfuncţii adiţionale;
- Aproximativ jumătate din copiii cu ADHD au dificultăţi de coordonare motorie care se asociază cu probleme severe în procesarea spaţio-vizuală;
- Memoria de lucru determină randament şcolar scăzut şi în special probleme în ce priveşte abilităţile de scris şi citit şi de învăţare a matematicii. Tocmai de aceea autorii cred că este posibil ca aceste dificultăţi şcolare la copiii cu ADHD să se datoreze în primul rând deficitelor de activare a memoriei de lucru şi nu consecinţelor comportamentale ale simptomelor de inatenţie, hiperactivitate sau impulsivitate.

Sugestii practice pentru recupererea copiilor cu simtome de tip ADHD:

- Atrageţi atenţia asupra comportamentelor inacceptabile şi redirecţionaţii înspre comportamente acceptabile.
- Permiteţi elevilor să se deplaseze pe arii restrânse din clasă, cu condiţia de a nu deranja. De obicei, aceştia se pot concentra mai bine dacă nu trebuie să depună efortul de a sta liniştiţi. Este bine dacă este valorificată modalitatea kinestezică de învăţare.
- Formulaţi instrucţiunile clar şi concis. Este mai uşor dacă ele sunt exprimate atât verbal, cât şi prin imagini.
- Alternaţi sarcinile dificile cu cele uşoare şi sarcinile care sunt obositoare cu cele relaxante.
- Comunicaţi elevilor atunci când apar schimbări în ceea ce priveşte cerinţele la nivelul clasei, pentru a evita comportamentele inadecvate.
- Depersonalizaţi remarcile! Incearcati : „Ar fi mai bine în felul următor" în loc de „Nu este bine cum ..."
- Încurajaţi în loc să criticaţi.
-Surprindeţi momentele în care se comportă bine: „Mi-a plăcut cum ai ajutat-o pe colega ta".
-Modelaţi-vă comportamentul, laudele pentru mici realizări („Hei, uite ce frumos ai scris"!) îi încurajează pe copii în obţinerea unor rezultate superioare.
- Faceţi din cerinţe provocări în care elevii să se implice din curiozitate său interes (ex. să îşi dovedească faptul că îşi pot depăşi performanţa anterioară, să câştige un concurs în cadrul clasei etc.).
- Comunicaţi cu părinţii despre evoluţia copilului, pentru a-i informă şi educa în legătură cu modul în care îl pot ajuta. În schimb, nu îi responsabilizaţi pentru ceea ce se întâmplă în timpul orelor la şcoală (în acest interval de timp nu îşi poate asuma responsabilitatea controlului comportamental).
- Folosiţi umorul în interacţiunea cu elevii cu ADHD.
- Apreciaţi creativitatea şi spontaneitatea lor atunci când aveţi ocazia.
- Fiţi concis - adică instrucţiunile să fie scurte şi la subiect. Ei au lapsusuri în memorie, motiv pentru care uită ordinea efectuării sarcinilor;
- Varietatea – plictiseala este o problemă serioasă în ADHD, de aceea în prezentarea unui material, copilul nu o să aibă răbdare să asculte şi finalul. Un terapeut sau o persoană care doreşte să prezinte noi informaţii unui copil cu ADHD, ori îşi grăbeşte prezentarea, ori se opreşte brusc şi pune întrebări, tocmai pentru a avea mereu asigurată captarea atenţiei;
- Feedbackul - terapeutul trebuie să verifice permanent dacă mesajul a fost înţeles de către copil, pentru că nu este suficient ca acesta să fie doar auzit;
- Jocuri de memorie – copiii pot folosi aceleaşi tehnici de memorare pe care le folosesc şi adulţii uituci: să facă un nod la batistă, să noteze pe mână, sau dacă sunt mai mici să li se deseneze un simbol care să reprezinte o sarcină ce trebuie întotdeauna respectată;
- Atunci când copilul vorbeşte neîntrebat, adultul trebuie să îi dea acel semnal privindu-l cu fermitate în ochi, sau să îi facă gestul secret prin care, copilul să înţeleagă că a vorbit într-un moment nepotrivit şi că mai trebuie să aibă puţină răbdare;
- Copiilor le este greu să stea pur şi simplu. Puteţi interzice complet orice obiect care face zgomot, dar copiii tot vor găsi acel „ceva" în care să bată ritmul, pe care să-l atingă sau pe care să-l zgâlţâie.
- Terapeuţii înţelepţi le dau voie copiilor să se foiască dar...în linişte.
- Pauzele îi ajută la concentarea pe sarcini precise .
- Folosiţi terapia cognitiv-comportamentala şi jocul
- Utilizaţi jocuri de construcţie, jocurile tip puzzle, modelajul plastilinei, jocurile tip mozaic.

Bibliografie:
- Kieran Egan, Ştefan Popenici, 2007, *Educaţia elevilor hiperactivi şi cu deficit de atenţie, Ghid pentru părinţi şi cadre didactice din învăţământul preuniversitar,* Editura Press, Bucureşti;
- Turliuc Maria Nicoleta, 2007, *Psihosociologia comportamentului deviant*, Editura Institutul European, Iaşi;
- Iucu R., 1999, *Managementul clasei de elevi*, Editura D. Bolintineanu, Bucureşti.
- Dopfner M., 2004, Copilul hiperactiv şi încăpăţânat, Ed.Romanian Psychological Testing Services
- Dopfner M, Schurmann S, Frolich J, *Program terapeutic pentru copii cu tulburare hiperchinetica şi comportamente de tip opoziţional (THOP)*, Editura Romanian Psychological Testing Services
- *http://www.additudemag.com*

ASPECTE TEORETICE ŞI APLICAŢII PRACTICE ALE LIMBAJULUI ÎN TSA

Autori: ***Elena Liliana GĂLBINAŞU, Georgiana MIHAI, Cristina STEREA***
Prof. logopezi la Centrul logopedic interşcolar nr. 5, Şcoala Gimnazială nr. 190

Metode de intervenţie în TSA

≈ Şansele pentru obţinerea unor rezultate de succes în evoluţia copiilor cu TSA sporesc considerabil dacă intervenţia se produce la vârste cât mai mici.
≈ S-a demonstrat că intervenţia timpurie poate accelera dezvoltarea generală a copilului, reduce comportamentele problemă, iar rezultate funcţionale de lungă durată sunt mai bune.
≈ Există o serie întreagă de intervenţii terapeutice şi tratamente alternative din păcate mai puţine în România.
≈ În alegerea intervenţiilor pentru copiii cu TSA este important să se ia în consideraţie dacă:
a) există dovezi ştiinţifice ale faptului că intervenţia este eficientă şi
b) este neprimejdioasă.
≈ Dintre tipurile de terapii care ţintesc ameliorarea/ rezolvarea dificultăţilor sociale, de limbaj şi comunicare, senzoriale şi comportamentale mai cunoscute sunt:
≈ Analiza comportamentală aplicată - Applied Behavioral Analysis (ABA);
≈ TEACCH - Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children;
≈ PECS - Picture Exchange Communication Sistem;
≈ Programul Hanen - The Hanen program;
≈ Povestiri sociale - Social Stories;
≈ Programul Son-Rise - The Option Institutes Son-Rise Program;
≈ Terapia de integrare senzorială - Sensory integration therapy;
≈ Floor Time;
≈ Există şi tratamente alternative ce propun folosirea de medicamente, vitamine, diete speciale pentru vindecarea/atenuarea problemelor/diferenţelor neurologice sau psihologice în funcţionarea creierului persoanelor cu TSA:
≈ Terapia cu multivitamine (Vitamina B6 şi magneziu Vitamina C, Vit A);
≈ Dimethylglycina (DMG);
≈ Dieta fără gluten şi cazeină;
≈ Dieta fără fermenţi /Yeast-free diet;
≈ Serotonina,
≈ Homoeopatia s.a.;
≈ Acestora li se adaugă şi o serie de tratamente complementare:
≈ Terapia prin muzică şi artă (meloterapia si art-terapia),
≈ Ludoterapia,
≈ Terapia de integrare auditivă - Auditory integration therapy,
≈ Terapia cu animale,
≈ Terapia ocupaţională,
≈ Terapia de limbaj şi comunicare (logopedia).

Problemele senzoriale pot fi principala cauză a unor comportamente prezente la copiii cu TSA, cum ar fi legănatul, învârtitul în jurul axului sau fluturatul din mâini. Unii adulţi cu autism (ex. Temple Grandin, în cartea sa "Etichetată cu autism") descriu problemele lor de integrare senzorială şi cum tehnicile de integrare senzorială (ex. masajul ferm) pot facilita atenţia şi conştienţa şi să reducă starea de tensiune generală.

Programele educaţionale conţin ca elemente de bază

Terapie ocupaţională şi fizică şi/sau de integare senzorială, acolo unde există o disfuncţionalitate a sistemului de integrare senzorială, adică unul sau mai multe simţuri sunt supra sau subreactive la stimuli.

Principiile învăţării structurate: structurarea clară a mediului pentru a ajuta copilul să dea sens lumii confuze şi pentru minimizarea stresului; structurarea predării-învăţării (folosirea suportului vizual, instrucţiuni sistematice, clare şi uşor de înțeles date copilului, repetiţie, predictibilitate şi formarea de rutine), învăţare 1:1, individualizare (planuri educaţionale individualizate);

Prezentarea unor metode de intervenţie în cazul copiilor diagnosticaţi cu TSA:

1. ABA (analiza comportamentală aplicată)

Metoda ABA este un studiu terapeutic al comportamentului, manifestat în moduri diferite la copiii cu autism și alte disfuncții asemănătoare.

În cazul aplicării terapiei comportamentale aplicate la copiii cu TSA, trebuie consolidată o echipă de terapeuţi, coordonată de un psiholog specializat în terapia comportamentală, terapia făcându-se mai multe ore pe zi (20 - 30 ore pe săptămânal). Pentru fiecare terapeut o sesiune este cuprinsă între două – trei ore cu pauze. Echipa de terapeuţi trebuie să urmeaze şi un program de instruire în această formă de terapie.

Metoda ABA ajută copilul cu autism în urmatoarele arii:



2. TERAPIA COGNITIV COMPORTAMENTALĂ

Terapia cognitiv comportamentală, o abordare terapeutică limitată ca timp de intervenţie cu scopul de a modifica gândurile iraţionale, emoţiile distructive, şi comportamentele nepotrivite s-a dovedit a fi eficientă în tratarea Tulburărilor anxioase la copii.

Acest tip de terapie este aplicabilă şi copiilor cu Sindromul Asperger sau Autism înalt funcţional cu anumite modificări. Terapia cognitiv comportamentală aplicată persoanelor cu aceste tulburări suferă modificări datorită faptului că aceşti subiecţi au un profil cognitiv diferit de cel al persoanelor tipice

Terapia trebuie să se axeze pe următoarele aspecte:
≈ educaţia afectivă;
≈ distorsionările cognitive;
≈ teoria minţii.

3. PECS

Chiar dacă copilul cu TSA nu vorbeşte, el poate învăţa o mulţime de lucruri în ceea ce priveşte comunicarea şi limbajul. Gesturile îl pot ajuta pe copilul care nu vorbeşte să rezolve multe situaţii problematice





Fazele PECS sunt 5 la număr:

1. etapa I. schimbul de imagini – în care copilul învaţă cum să facă schimbul şi să "ceară" cu ajutorul unei imagini.
2. etapa II. dezvoltarea spontaneităţii – în care se măreşte distanţa dintre copil şi partenerul lui de comunicare.
3. etapa III. discriminarea imaginilor
4. etapa IV. structura propoziţiilor – când copilul cere folosind o propoziţie "Vreau x".
5. etapa V. răspunde la întrebarea "Ce doreşti?"
6. etapa VI. dezvoltarea limbajului "Eu aud…"Eu vad…", "Am ceva"

Dezvoltarea limbajului receptiv, gesturile şi PECS-ul se pot lucra simultan cu imitarea verbală şi exerciţiile de imitare motorie grosieră şi fină, educarea respiraţiei, mobilitatea aparatului fonoarticulator şi dezvoltarea auzului fonematic.

4. TERAPIA OCUPAŢIONALĂ



Terapia ocupaţională este un tratament ce se concentrează în a ajuta oamenii pentru a dobândi independenţă în toate zonele de activitate pe care le desfăşoară. Terapia ocupaţională oferă copiilor metode variate, activităţi plăcute, distractive, pentru a îmbogăţi deprinderile cognitive, fizice şi motorii şi pentru a spori încrederea în sine.

Cu ajutorul terapiei ocupaţionale, un copil cu probleme în dezvoltare va învăţa să interacţioneze cu membrii familiei şi să dezvolte relaţii sociale cu alţi copii şi parteneri de joc.

5. TERAPIA SENZORIALĂ

Numită şi "dieta senzorială", această terapie implică un program de activităţi strict planificate de către terapeutul ocupaţional. O dietă senzorială stimulează receptorii de contact (tactil, vestibular şi proprioceptiv) prin tehnici de alertă, organizare şi calmare.

Experienţele senzoriale includ atingerile, mişcarea, vigilenţa corporală, vederea, sunetele, mirosul, gustul şi forţa gravitaţională.





6. ART TERAPIA

Terapia prin artă îl ajută pe copil să se înţeleagă pe sine, să se elibereze de anxietăţile şi tensiunile acumulate.

Iată câteva dintre beneficiile art terapiei: dezvoltarea inteligenţei emoţionale, dezvoltarea abilităţiilor de exprimare, comunicare şi relaţionare, creşterea adaptării în societate, dezvoltare armonioasă, echilibrată, dezvoltarea iniţiativei, dezvoltarea imaginaţiei şi a spiritului creativ, reducerea tensiunilor şi a anxietăţii.

Art-terapia utilizează toate formele expresive: pictura, sculptura, muzica, literatura, poezia, teatrul, şi dansul ca mijloace de punere în valoare şi îmbogăţire a personalităţii fiecăruia, ajutându-l să-şi exprime emoţiile profunde şi dificultăţiile pe care le întâmpină sau pur şi simplu să se dezvolte armonios.

Modelajul oferă atât experienţe kinestezice, cât şi tactile. Flexibilitatea şi maleabilitatea lutului se potrivesc unei varietăţi de nevoi. El pare să spargă

adesea blocajele copilului, putând fi utilizat cu succes şi de cei care au mari dificultăţi în exprimarea sentimentelor.

Colajul ajută la eliberarea imaginaţiei şi poate fi utilizat ca exprimare senzorială şi emoţională, folosind diverse exerciţii. Ajută foarte mult şi în ceea ce priveşte îmbunătăţirea motricităţii fine.

Poveştile şi confecţionarea de măşti au rolul de a-l ajuta pe copil să asimileze experienţele trăite şi realitatea în general. Copilul învaţă să dea sens lumii din afară lui dar şi să-şi structureze gândurile.

Alte tehnici folosite sunt teatrul de păpuşi, jocul de rol, jocurile de mişcare, muzica şi dânsul, etc.



7. LOGOPEDIA

Limbajul este un ansamblu de abilităţi de ascultare, atenţie, imitaţie, înţelegere, memorare, fonaţie şi socializare.

Programul de recuperare va urmări:

≈ Învăţarea limbajului sub semnul conţinutului (înţelegere);
≈ Învăţarea limbajului ca formă (pronunţie);
≈ Învăţarea limbajului ca utilizare (folosirea limbajului ca mijloc de comunicare şi cunoaştere).

Prin urmare, vom avea următoarele obiective:

≈ Dezvoltarea abilităţilor de ascultare, respectiv a atenţiei auditive şi vizuale;
≈ Dezvoltarea capacităţii de imitare motorie;
≈ Dezvoltarea capacităţii de înţelegere a cuvintelor şi mesajelor;
≈ Dezvoltarea vocabularului;
≈ Formarea unei pronunţii corecte;
≈ Dezvoltarea abilităţilor de exprimare propoziţională şi în fraze;
≈ Învăţarea structurii gramaticale.

În cazul în care copilul este foarte mic, se începe terapia cu activităţi de imitare şi potrivire.

Imitarea – simplă şi cu obiecte. Copilul învaţă să-i observe pe cei din jur şi să fie mai atent la ei (de aici porneşte învăţarea – copii învaţă prin imitaţie).

Potrivire
Etape:
Potrivire obiecte identice şi non-identice 3D – 3D
Potrivire imagini identice şi nonidentice 2D – 2D
Potrivirea imaginilor cu obiectele 2D – 3D; 3D – 2D
Potrivire culori, forme, litere, cifre

Asocieri

Răspuns la nume – prin contact vizual, apoi cu DA.
Programele „Receptiv..."

Antonime
Antonimele se predau doar în pereche (sus – jos, curat – murdar, mic – mare), cu obiecte concrete sau imagini.
Se urmează paşii de la Receptiv şi Expresiv antonime

Poziţii spaţiale
Receptiv 3D: Pune PE / ÎN / SUB / ÎNTRE etc.
Expresiv: Unde este?
Receptiv 2D: Arată ursul care stă PE pătură!
Expresiv: Unde stă ursul?

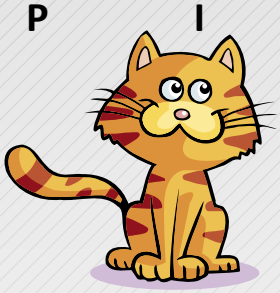
Substantiv – verb – substantiv
I se arată o poză şi copilul trebuie să o descrie, ex: "Fata mănâncă pizza".
Ex. "Descrie imaginea"
Copilul răspunde total (fata mănâncă pizza) sau parţial (fata....., ...pizza, ...mănâncă....)

Spune-mi/ Întreabă-mă – se face în special cu copiii care au probleme cu ecolalia, tocmai pentru a-i face să înţeleagă diferenţa dintre a spune şi a întreba.
exemple: Spune-mi ce culoare are cerul.
Spune-mi: Unde locuești?

Fișa de lucru 1

*Autor: Florentina **GĂLBINAȘU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 3, Școala Gimnazială "Petre Ghelmez"

Compune cuvintele din literele corespunzătoare.
Scrie cuvintele în căsuțe

P I C
S
I Ă


L
A C


L Ă
Ț
E C


P E
Ș
R A


Ș O
C
O
C


L I
Ț
E V


G Ă
M
R A

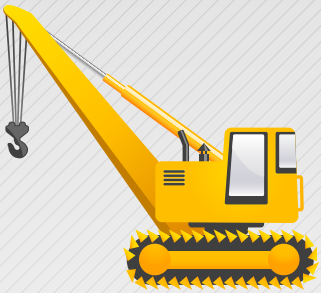
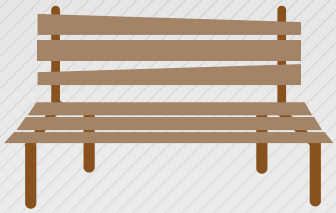
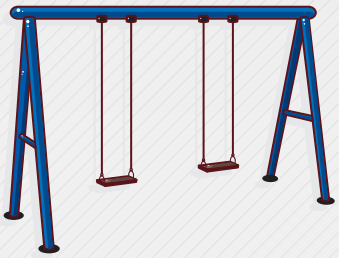
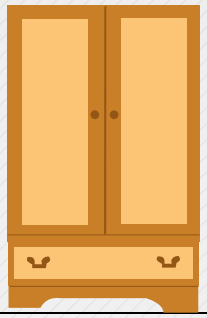
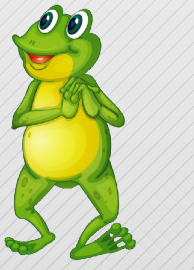

E
L
U


R Z
E
B Ă


Fișa de lucru 2

*Autor: Florentina **GĂLBINAȘU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 3, Școala Gimnazială "Petre Ghelmez"

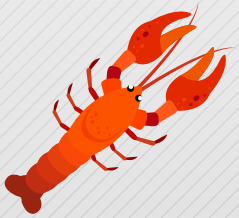
Cu ce sunet începe cuvântul?
Încercuiește litera corespunzătoare sunetului.

		
P B M N	T C G H	B D P M
		
T C G N	T L F V	B D P M
		
N P B M	S Z C J	F C G T
		
P L F V	R P B D	R L F T

Fișa de lucru 3

*Autor: Florentina **GĂLBINAȘU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 3, Școala Gimnazială "Petre Ghelmez"

Cuvinte formate dintr-o silabă.
Identifică și scrie vocala care lipsește.

a e i o u	a e i o u	a e i o u	a e i o u	a e i o u
				
s...c	c...n	l...nț	n...d	n.....
a e i o u	a e i o u	a e i o u	a e i o u	a e i o u
				
p.....	r...j	m...c	f...r	c...l
a e i o u	a e i o u	a e i o u	a e i o u	a e i o u
				
m...lc	r...c	l....	ț...p	l...p

Fișa de lucru 4

*Autor: Florentina **GĂLBINAȘU***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 3, Școala Gimnazială "Petre Ghelmez"

Rebus



Fișa de lucru 5

Autor: Valeria ***Pârșan***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 7, Școala Gimnazială nr. 197

Formeaza cuvintele corect







P V E L U

L C A



R S U



C R B E

R I Ş O U P

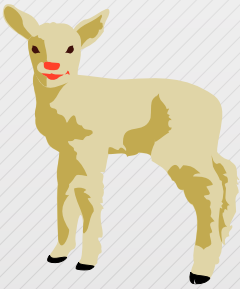


I M E L

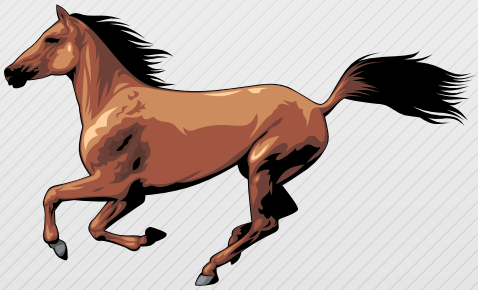


G R T I U

A Ş R P E



C R A



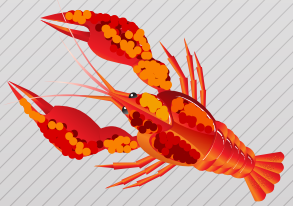
R A I C I



A V Ă C



B Z R E Ă



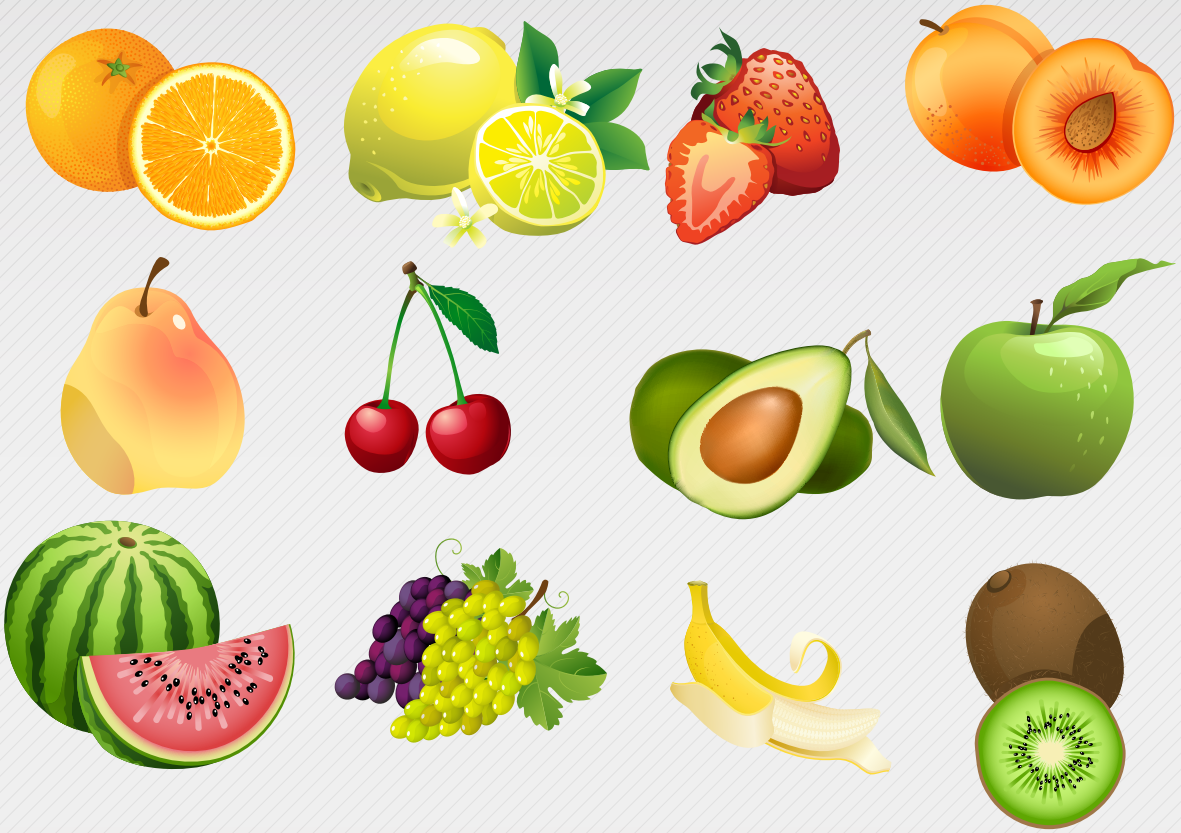
Fișa de lucru 6

Autor: Valeria ***Pârșan***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 7, Școala Gimnazială nr. 197

FIȘĂ INDIVIDUALĂ

REMEDIERE
DISLEXO-DISGRAFIE

Obiectiv: Citirea corectă a cuvintelor
Cerințe:
- denumește imaginile acestor fructe
- găsește și marchează cuvântul corespunzător în grila de mai jos



P	E	P	E	N	E	H	J	C	X
O	D	H	J	P	A	R	Ă	I	Y
R	A	T	Y	Q	O	M	N	R	A
T	B	A	N	A	N	Ă	A	E	G
O	Z	C	V	B	G	T	E	Ş	Q
C	W	A	L	Ă	M	Â	I	E	F
A	V	O	C	A	D	O	G	K	L
L	C	D	C	Ă	P	Ş	U	N	Ă
Ă	S	T	U	K	H	N	M	D	G
K	L	N	C	A	I	S	Ă	H	L
X	S	T	R	U	G	U	R	I	J
M	Ă	R	K	W	Q	K	I	W	I

Fișa de lucru 7

Autor: Valeria ***Pârșan***
Prof. logoped la Centrul logopedic interșcolar nr. 7, Școala Gimnazială nr. 197

Formează cuvintele ce denumesc imaginile și scrie-le în spațiul dat



B O Ş L O A N_____



Ţ U C Ş Ă R Ă_____



E P U Ş A R I_____



D A P A N_____



B Ă Z E R_____



E R H I C N_____

E L D N I F_____



A I M M U Ă Ţ_____



I C I S Ă P_____

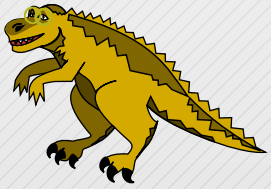
Z U R A D N O I_____



N I U C R N O_____



E S O A T Ă Ţ S_____



G I R T U_____

N P N I G U I_____



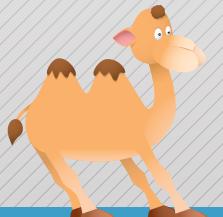
C M Ă I Ă L_____



Ţ Ă E V R E V I_____











LOGOPEDIA

REVISTA PROFESORILOR LOGOPEZI

Revistă periodică on-line editată de Centrul Logopedic Interşcolar Bucureşti
Anul VIII Nr. 6 - 2018 București

ISSN 2066-6632