

Revista Română de Terapia Tulburărilor de Limbaj și Comunicare

RRTTLC



Publicație bianuală editată de ASTTLR
Apare în
Martie & Octombrie

Vol. I Nr. 1
An 2015



ISSN 2457-9262
ISSN-L 2457-9262

COLECTIV EDITORIAL

Editorial Board

EDITOR PRINCIPAL

Principal Editor

Carolina BODEA HAȚEGAN, președintele Asociației Specialiștilor în Terapia Tulburărilor de Limbaj din România, conf. univ. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

EDITORI SECUNDARI

Secondary Editors

Andrea HATHAZI, conf. univ. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Adrian ROȘAN, conf. univ. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

EDITORI EXECUTIVI

Executive Editors

Dorina TALAȘ, lect. asociat dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Raluca TRIFU, drd. Universitatea de Medicină și Farmacie, Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca.

MEMBRII ÎN COMITETUL EDITORIAL

Editorial Members

Carmen DAVID, lect. univ. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Cristina BĂLAȘ-BACONSCHI, lect. univ. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Carmen COSTEA-BĂRLUȚIU, lect. univ. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Marian PĂDURE, asist. de cercet. dr. Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Florina ȘTEFAN, logoped, CMBRAE, București.

Lăcrămioara BUZZO (PRIHOI), logoped, CJRAE Cluj.

Mirela BUTTA, logoped, CSEI, Cluj-Napoca

REVIEWERS PENTRU TEXTE ÎN LIMBA ENGLEZĂ

Reviewers for English Text

PhD Professor Sarmīte TŪBELE, University of Latvia, Riga, LATVIA

PhD. Lecturer Daiva KAIRIENE, Siauliai University, LITHUANIA

CUPRINS

TABLE OF CONTENT

EDITORIAL.....	2
CAROLINA BODEA HAȚEGAN	
DEMERS COMPLEX DE EVALUARE ÎN CONTEXTUL IMPLANTĂRII COHLEARE. STUDIU DE CAZ.....	4
CAROLINA BODEA HAȚEGAN	
DIRECȚII LOGOPEDICE DE EVALUARE ȘI INTERVENȚIE ÎN CONTEXTUL SINDROMULUI LAURENCE-MOON-BARDET-BIEDEL	16
CECILIA MACRI	
TULBURĂRILE DE CITIRE ȘI SCRIERE LA COPIII NEVĂZĂTORI	25
DANIELA BARTHA	
TERAPIA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ DERULATĂ ONLINE.....	34
DORINA ANCA TALAȘ	
TULBURĂRI DE VORBIRE ÎN ACCIDENTE VASCULARE CEREBRALE (AVC) ..	41
ELENA LĂCRĂMIOARA BUZZO (PRIHOI)	
METODE ȘI PROCEDEE SPECIFICE DE CORECTARE A TULBURĂRILOR DE ARTICULARE A FONEMELOR VOCALICE LA ȘCOLARII MICI CU DIZABILITATE AUDITIVĂ.....	48
LĂCRĂMIOARA URSACHE	
EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII ADULȚILOR CU AFAZIE.....	56
MIRELA BUTTA	
PROGRAME INFORMATICE UTILIZATE ÎN TERAPIA LUDICĂ LA COPIII CU DIZABILITĂȚI AUDITIVE.....	62
RODICA POPESCU, VASILE RADU PREDA	
DEZVOLTAREA FLUENȚEI CITIRII ÎN CLASA I	70
CRINA MARIA IANCU	
REȚELELE SEMANTICE ADAPTATE VIZUAL PENTRU ELEVII CU DIZABILITATE AUDITIVĂ.....	75
IOANA ȘERBAN	
PROIECTELE ERASMUS+. CADRU DE DEZVOLTARE PROFESIONALĂ ȘI PERSONALĂ A SPECIALIȘTILOR ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ ȘI DE COMUNICARE.	82
RALUCA (SOARE) TRIFU	

Editorial

Carolina BODEA HAȚEGAN^{1,2}

„Revista Romană de Terapia Tulburărilor de Limbaj și Comunicare - RRTTLC” apare sub cupola Asociației Specialiștilor în Terapia Tulburărilor de Limbaj din România - ASTTLR. Aceasta se constituie într-un loc de împărtășire de bune practici în domeniul terapiei limbajului și a audiologiei educaționale, un loc care se adresează tuturor specialiștilor în domeniul reabilitării limbajului și a comunicării.

Primul număr al RRTTLC cuprinde materiale susținute și prezentate în cadrul conferinței „Tulburări de voce și vorbire” organizată de ASTTLR și Departamentul de Psihopedagogie Specială, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, cu ocazia Zilei Internaționale a Vocii, conferință care a avut loc în data de 23 Aprilie 2015.

Lucrările cuprinse în acest număr dezbate o serie de aspecte cu privire la noi direcții de abordare a problematicei tulburărilor de limbaj și comunicare, delimităm în acest sens: asocierea terapiei logopedice cu aspecte care privesc calitatea vieții persoanelor care prezintă tablouri afaziei în urma accidentelor vasculare cerebrale; surprinderea valențelor terapiei prin joc, a ludoterapiei și a TIC în procesul de reabilitare a copiilor cu dizabilități auditive; utilizarea rețelelor semantice exprimate în imagini, în vederea asigurării dezvoltării laturii lexicale a limbajului copiilor cu dizabilități

auditive; inventarierea particularităților tulburărilor de scris-citit în contextul cecității totale, rolul și valențele deschiderii terapiei logopedice spre întreaga comunitate aflată în nevoie sfidând distanța și utilizând mijloacele de comunicare moderne-internetul și aplicațiile mobile.

Toate aceste materiale abordează problematica terapiei tulburărilor limbajului oral și scris într-o manieră practic-aplicativă, acestea putându-se constitui în veritabile modele de bună practică în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj și comunicare. Direcțiile de abordare se subsumează, cu precădere, abordărilor investigative calitative, ceea ce conferă specificitate domeniului și asigură exemplificări ilustrative ale direcțiilor de abordare terapeutică adresate în special practicienilor.

Lucrările cuprinse în acest număr condensează și cercetări în care componenta cantitativă de abordare a datelor este, de asemenea, prezentă, ceea ce înseamnă că domeniul tulburărilor de limbaj și comunicare de la noi din țară începe să fie abordat în mod susținut prin prisma paradigmei „*evidence based*”, paradigmă care accentuează asupra dimensiunii măsurate, științific certificate și validate. Considerăm că această direcție de abordare ar trebui extinsă pe o scară mai largă în domeniul tulburărilor de limbaj și comunicare de la noi din țară, mai ales acum când domeniul acesta este

marcat de un ridicat nivel de impostură și lipsă de demnitate profesională. În acest sens RRTTLC se constituie într-un instrument prin care se militează în favoarea constituirii unei comunități de specialiști și profesioniști în domeniul tulburărilor de limbaj și comunicare, o comunitate în care cuvântul de ordine trebuie să fie rigoarea științifică și rigoarea practică.

Cu ocazia acestui prim număr al RRTTLC lansăm o invitație spre a ni se alătura tuturor specialiștilor în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare din țara noastră și ne exprimăm încrederea că acest material va veni în sprijinul tuturor specialiștilor, dar și părinților și altor persoane interesate de acest vast domeniu al tulburărilor de limbaj.

¹Conf. univ. dr., Departamentul de Psihopedagogie Specială, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
E-mail:
carolina.bodea.hategan@gmail.com

²Președinte ASTTLR

Demers complex de evaluare în contextul implantării cohleare. Studiu de caz

Carolina BODEA HAȚEGAN¹

Abstract

Bilateral implantation is considered to be an important to be used method for verbal- hearing rehabilitation. The relevance of the bilateral implantation is proven mostly related to language development, but also to the ability to identify the noise source. This article underlines a complex assessment procedure through a case study report, reflecting the fact that language development and hearing perceptive abilities reach a high level of functionality when the child relies on a biaural hearing due to bilateral cochlear implantation. This complex assessment procedure can be considered a valuable starting point in projecting auditory-verbal therapeutic program.

Keywords: hearing impairments, cochlear implantation, language assessment, bilateral implantation

Introducere

Procesul de compensare a deficitului auditiv este unul complex. Opțiunea de compensare tehnică apare mai ales în condițiile în care deficitul perceptiv împiedică structurarea funcțională a limbajului (în termeni audiologici, dacă pierderea de auz este mai mare de 30-40 de db, decizia protezării auditive este marcată de imperativul necesarului demersului terapeutic de compensare auditiv-verbală).

Implantul cohlear este o modalitate tehnică de compensare a deficitului auditiv care facilitează structurarea limbajului și dezvoltarea funcțională a persoanei cu dizabilități auditive profunde. Astfel, beneficiile implantării cohleare de timpuriu sunt subliniate nu numai în planul achizițiilor lingvistice, ci și în planul adaptării copilului la mediu (localizarea sursei stimulului sonor, chiar și în condiții de zgomot de fon). Având în vedere acest aspect, s-a ridicat problema implantării bilaterale, ca modalitate de facilitare mai accentuată a progresului în procesul de recuperare, dar și de adaptare

la mediu prin localizarea mai acurată și mai eficient a sursei sonore.

Pentru terapeutul limbajului nevoia evaluării progresului înregistrat în urma implantării cohleare și a derulării unui program de terapie auditiv-verbală este punctul central. În acest sens propunem un studiu de caz care să releve specificul demersului de evaluare a abilităților perceptiv-auditive și lingvistice, în contextul implantării biaurale¹.

Studiu de caz

Date anamnestice

A. (data nașterii 18.06.2004) provine dintr-o familie legal constituită; mai are un frate și două surori mai mari decât el, și o soră mai mică decât el, total 5 copii; nici unul dintre frații lui nu prezintă deficite auditive.

¹ Datele anamnestice și cele obținute în urma materializării demersului de evaluare au fost colectate de **psihopedagog Bianca Nistor** căreia îi adresez sincere mulțumiri.

Din datele anamnestice rezultă că dizabilitatea auditivă nu este congenitală, la 1 an și 2 luni a prezentat un tablou de enterocolită, situație în care i s-a administrat medicație adecvată, după două zile starea lui s-a ameliorat, dar starea de deshidratare persista. Imediat după acest episod de boală i s-a administrat vaccinul ROR, a reacționat sever la vaccin printr-o stare febrilă accentuată, ceea ce a condus la derularea unor evaluări diagnostice mai detaliate, evaluări în urma cărora copilul a fost diagnosticat cu meningită.

În urma tabloului de meningită, la vârsta de 2 ani a fost diagnosticat cu hipoacuzie neurosenzorială bilaterală profundă. Părinții au fost foarte interesați de protezarea adecvată a copilului, aceștia solicitând specialiștilor din domeniul medical și audiologic detalii complexe cu privire la avantajele și dezavantajele protezării cu diferite tipuri de aparate. Astfel, la vârsta de 2 ani și 6 luni, în decembrie 2006 a fost implantat la urechea stângă, la Clinica ORL din Cluj, cu un implant de tip Med-el (Opus 2). După implant părinții au fost sfătuiți ca recuperarea logopedică să se deruleze la Liceul pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca, unde există un Centrul de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiență de Auz și/sau Asociate.

A. a început procesul de recuperare auditiv-verbală imediat după activarea implantului. În procesul de recuperare auditiv-verbală părinții s-au implicat activ și consistent, ceea ce a condus la înregistrarea unor progrese importante în sfera achizițiilor lingvistice. Aceste progrese au fost facilitate și de faptul că în

3 Noiembrie 2009, A. a fost implantat și la urechea dreaptă (Med-el, Opus 2), anterior acestei protezări cu implant cohlear, la urechea dreaptă nu a fost protezat în alt fel.

Clasa I-a și a -II-a a urmat-o la "Step-by-step", iar clasa a-III-a Liceul Baptist, unde nu beneficiază de profesor de sprijin și nici programă adaptată la cerințele educative speciale. În prezent A. are abilități comunicaționale funcționale, a achiziționat scris-cititul, face calcule matematice de adunare și scădere fiind integrat în învățământul de masă, clasa a III-a.

Date obținute în urma evaluării derulate imediat după implantarea cohleară

Pentru a putea fi colectate informații adecvate cu privire la abilitățile auditiv-perceptive ale copilului în perioada în care s-a realizat implantarea cohleară au fost utilizate următoarele instrumente de diagnostic:

- Formularul de răspuns MAIS- chestionarul părinților (interviu);
- Formularul de răspuns MUSS (Scala utilizării cu sens a vorbirii)- chestionarul părintelui (interviu);
- Rezultatele evaluării cu LIP PROFILE (profilul înțelegerii auditive).

Formularul de răspuns Meaningful Auditory Integration Scale - MAIS- chestionarul părinților (interviu)

Formularul MAIS a fost aplicat în 4.12.2006, vârsta cronologică a copilului – 2.6 ani. Punctajul obținut a fost 5 din 40. Chestionarul fiind alcătuit din mai multe întrebări redăm câteva răspunsuri: „A. nu a fost protezat înainte de implant cu proteze auditive”, „ocazional copilul

pronunță sunete asemănătoare cu cele din limbajul verbal oral”, „nu răspunde niciodată spontan atunci când este strigat pe nume în liniște, fără a avea un contact vizual cu persoana respectivă”, „rar copilul reacționează spontan la zgomote ambientale fără a-i fi atrasă atenția în acest sens”, „nu arăta curiozitate față de sunetele noi dintr-un mediu nefamilial”, „A. nu putea să facă diferența, în mod spontan, între doi vorbitori folosindu-se doar de informațiile primite pe cale auditivă”.

Formularul de răspuns Meaningful Use of Speech Scale- MUSS (Scala utilizării cu sens a vorbirii)- chestionarul părintelui (interviu)

Acest instrument a fost aplicat în aceeași perioadă, în preajma datei la care s-a realizat implantarea cohleară (luna decembrie 2006). Punctajul obținut este 14 puncte din 40. Din datele furnizate de părinte, pot fi menționate următoarele aspecte:

- frecvent copilul folosește doar vocalizarea pentru a atrage atenția asupra unui lucru anume.
- atunci când încearcă să comunice vocalizează în mod specific, între sunetele emise persoana familiarizată cu vorbirea lui putând face diferențieri, în vederea atașării acestora o anume semnificație.
- copilul își manifestă dorința de a comunica cu părinții prin gesturile și sunetele care atrag atenția asupra unui anumit lucru.
- rar emite structuri verbale în mod spontan, în timpul interacțiunilor sociale cu auzitorii.

- nivelul inteligibilității copilului este foarte scăzut, vorbirea copilului nu poate fi înțeleasă de o persoană nefamiliarizată cu acesta decât pe baza informațiilor nonverbale, a gesturilor utilizate ca dublând exprimarea verbală.

Rezultatele evaluării cu Listening Progress Profile- LIP PROFILE (profilul înțelegerii auditive)

Pe baza profilului înțelegerii auditive pot fi consemnate următoarele aspecte:

- în prima lună de la activarea implantului A. răspundea la zgomotul provocat de tobă,
- în a treia lună răspundea la două instrumente muzicale (tobă, fluier), dar și la emisia vocală după atenționare,
- la șase luni după implantare identifica sunete din mediul înconjurător, făcea diferența dintre un zgomot unic – repetat, identifica 3 din sunetele LING (a, i, o),
- la 12 luni de la implant răspundea la sunetele din mediul înconjurător, răspundea la emisia vocală în mod spontan, făcea deosebirea între zgomot tare-încet, răspundea la toate sunetele LING, făcea deosebirea între sunete vocale lungi - scurte, vocale unice-repetate, răspundea la numele propriu.

Monosyllabic-Trochee-Polysyllabic-Word Test (MTP)

După antrenarea funcției auditiv-verbale pe o perioadă de un an de la implantarea cohleară, odată cu achiziția unor abilități auditiv-verbale de bază, a fost considerată relevantă aplicarea testului MTP.

Datele obținute în planul abilităților perceptive, sunt corelate cu datele obținute în planul achiziției verbale. Astfel, dacă copilul are abilități auditive funcționale în percepția sunetelor ambientale și diferențierea acestora, acest lucru a făcut posibilă și capacitatea de percepție auditivă a cuvintelor. La un an după implantarea cohleară copilul obține un scor de 9 puncte din 12 posibile la testul MTP 3, la 14 luni de la implantare obține un scor de 15 puncte din 18 posibile la testul MTP 6, iar la 16 luni de la

implantul cohlear, la setul de cuvinte monosilabice închise, a obținut un scor de 8 puncte din 12 posibile (la testul de 4 cuvinte), în timp ce la testul de 12 cuvinte a obținut un scor de 18 puncte din 24 posibile.

Pentru o mai bună vizualizare a datelor obținute în urma implantării cohleare le condensăm în tabelul nr 1.

Tabelul 1 - Date obținute în urma evaluării post-implantare

Percepția și identificarea sunetelor	Identificarea cuvintelor
3 luni după implantarea cohleară percepe și identifică 3 sunete LING (a, e, o)	12 luni după implantare - MTP 3, obține scor de 9 din 12
6 luni după implantarea cohleară percepe și identifică toate sunete LING (a, o, i, u, ș, s)	14 luni după implantare - MTP 6, obține scor de 15 din 18.
6 luni după implantare răspunde la numele propriu	16 luni după implantare - testul de cuvinte monosilabice închise 4, obține un scor de 8 puncte din 12
6 luni după implantare diferențiază încet-tare; scurt-lung, sunet unic-sunet repetat.	16 luni după implantare - testul de cuvinte monosilabice închise 12, obține un scor de 18 puncte din 24

Datele din tabelul de mai sus asigurau formularea unui prognostic pozitiv în acest caz, datele de la evaluarea actuală, la 8 ani post-implantare urmând să confirme acest lucru.

Date obținute în urma evaluării derulate în prezent (2014):

Pentru stabilirea eficienței protezării biaurolare s-au utilizat următoarele probe:

1. Proba GASP,
2. Probă de diferențiere auditivă cu material non-verbal,
3. Probă pentru diferențiere auditivă cu material verbal (cu suport imagistic),
4. Probă de vorbire reflectată (cuvinte),
5. Probă de vorbire reflectată (propoziții),

6. Proba TROG adaptată pentru limba română,
7. Itemi selectați din proba Crichton,
8. Scala pentru stabilirea inteligibilității vorbirii (SIR).

Probe pentru evaluarea abilităților receptive și expresive la nivel fonetic-fonologic, lexical și propozițional

Sarcini de detecție auditivă (cu stimuli non-verbali)

Pentru a demonstra eficiența protezării bilaterale, s-au oferit și sarcini de detecție a sunetelor non-verbale, sarcini unde A. necesită mai multe repetări ale sunetelor pentru a se familiariza, deși identificarea se realiza tot cu ajutorul imaginilor corespunzătoare sunetelor. Sunetele non-verbale au fost emise cu ajutorul unor

înregistrări de la o distanță de 1 m de copil.

Tabelul 2 - Identificarea sunetelor non-verbale

Detecția sunetelor non-verbale	Toba	Pian	Trianglu	Vioara	Chitara
O încercare		X			X
Două încercări			X	X	
Trei încercări	X				

Pentru rezultatele înregistrate de A. la sarcinile de identificare a sunetelor non-verbale pot fi oferite următoarele explicații:

- sunetul emis de tobă deși este un sunet materializat pe frecvențe joase, ușor detectabil, este recunoscut de A. doar după trei încercări, acest sunet fiind sunetul utilizat pentru a se asigura înțelegerea sarcinii.
- sunetele emise de trianglu și vioară sunt sunete cu frecvențe înalte, mai dificil de detectat.
- sunetele emise de pian și chitară au tonalități asemănătoare, ceea ce demonstrează faptul că vocea materializată pe frecvențe medii este ușor detectată de copil.

Proba GASP

Subtestul pentru detecția fonemelor

Subtestul pentru detecția fonemelor se referă la prezentarea vocalelor „a, e, i, o, u, ă, î”, a nazalelor „m, n”, a sonantei „r”, a lateralei „l” și a fricativelor „z, j, v, s, ș, f”, cu ecranare. Sarcina copilului este aceea de a indica cartonașul care conține grafemul corespunzător fonemului rostit de terapeut. Având în vedere rezultatele obținute de A. la sarcinile de identificare a sunetelor non-verbale se pornește de la ipoteza că va răspunde corect doar la sarcinile de identificare a unor vocale (cele de tonalități medii și joase) și la sarcinile de detecție a consoanelor nazale și a sonantelor.

La subtestul pentru detecția fonemelor A. reușește însă să identifice toate fonemele date din prima încercare, ceea ce demonstrează abilități funcționale de detecție a fonemelor limbii române (vocale și consoane) prezentate izolat. Lipsa sunetului este, de asemenea, ușor detectată nu numai atunci când proba o reclamă, ci ori de câte ori terapeutul făcea pauze între sunetele date. Distanța de la care terapeutul a oferit sunetele a fost cea de 1 m de copil.

Tabelul 3 - Detectarea fonemelor

Vocale	Absența sunetului	Nazale	Sonanta vibrantă	Sonanta laterală	Fricative sonore	Fricative surde
a e i o U ă î	detectează	n M	R	l	z j V	s ș f
x x x x X x x	cu ușurință	x X	X	X	X x X	x x X
	lipsa sunetului					

Subtestul de identificare de cuvinte

La subtestul de identificare de cuvinte A. înregistrează performanțe auditive

crescute pentru toate cele trei categorii de itemi lexicali: monosilabici (os, duș, nai, măr, lac), bisilabici (soare, șurub, scaun, cocoș, carte) și trisilabici (avion, elefant, trandafir, foarfecă, fântână). Fiecare cuvânt din fiecare dintre cele trei categorii a fost rostit de câte trei ori, în ordine aleatorie, sarcina copilului fiind aceea de a relaționa tranșa sonoră percepută cu imaginea aferentă. Cuvintele au fost rostite de terapeut cu ecranare, plasat la o distanță de 1 m de copil.

A. a înregistrat doar două ezitări la această sarcină, solicitând repetarea cuvântului pentru a putea face identificarea corectă, aceste ezitări sunt legate de cuvintele „măr” și „cocoș”.

Având în vedere și această sarcină se poate constata faptul că abilitățile auditiv-verbale ale lui A. sunt înalt funcționale, acesta putând valorifica eficient resturile auditive oferite prin compensarea tehnică bilaterală la un nivel crescut.

Sarcini de diferențiere auditivă cu suport imagistic (grupuri de paronime)

Grupurile de paronime au fost utilizate cu suport imagistic, sarcina copilului fiind aceea de a indica imaginea corespunzătoare cuvântului perceput auditiv (cuvintele au fost prezentate de la distanța de 1 m de copil, cu ecranare), selectând imaginea țintă din două variante posibile.

La această sarcină copilul nu întâmpină dificultăți, acesta demonstrând înalte abilități de diferențiere a structurilor paronimice.

Structurile evaluate au fost:

Tabelul 4 - Grupurile de paronime utilizate în evaluarea lui A.

Grupurile de paronime utilizate în evaluare	
Pară	Bară
Pol	Bol
Minge	Ninge
Mai	Nai
Cât	Gât
Cocoși	Gogoși
Vase	Vaze
Șoc	Joc
Ace	Ațe
Rece	Rege
Porți	Porci

Subliniem faptul că performanța auditivă a copilului este una crescută, în condițiile suportului vizual, având în vedere complexitatea fonologică și morfologică a structurilor date, precum și implicațiile unor fine abilități de diferențiere auditivă în procesul de identificare corectă a imaginii corespunzătoare itemului țintă perceput.

Sarcina de reproducere de cuvinte după model (vorbire reflectată)

Sarcina de reproducere de cuvinte după un model dat s-a realizat de la distanța de 1 m de copil, cu ecranare, itemii oferiți fiind prezentați în pereche. Perechile de itemi sunt compuse din cuvinte care, sub aspectul structurii fonologice, prezintă diferențe marcante.

Această sarcină de vorbire reflectată surprinde abilitățile fonologice expresive ale copilului, abilități care asigură dezvoltarea vocabularului activ și pasiv, cu implicații evidente asupra abilităților de comunicare.

Rezultatele înregistrate de A. la această sarcină sunt notabile, fapt care subliniază abilitățile auditive funcționale și posibilitățile funcționale articulatorii și coarticulatorii ale copilului.

Perechile de cuvinte utilizate în această sarcină sunt:

Tabelul 5 - Perechile de cuvinte utilizate în sarcina de vorbire reflectată

Perechile de cuvinte reproduse după model	
ziua (bisilabic)	jucărie (cuvânt alcătuit din patru silabe)
muște (bisilabic)	urși (monosilabic)
Poveste (trisilabic)	pas (monosilabic)
Pupăză (trisilabic)	șine (bisilabic)
țurțuri (bisilabic)	fluture (trisilabic)

Sarcină de vorbire reflectată (propoziții)

Sarcina constă în reproducerea după modelul evaluatorului a 10 structuri propoziționale, complexe din punct de vedere fonologic (structurile sunt prezentate auditiv, cu ecranare, examinatorul fiind plasat la o distanță de 1m de copil). Examinatorul rostește câte o propoziție, după care sarcina copilului este de a reproduce după model structura audiată. Scopul utilizării în evaluare a unei astfel de sarcini este de a evidenția abilitățile mnezice verbale ale copilului, abilități de care este dependentă dezvoltarea abilităților de exprimare verbală, a abilităților conversaționale. De asemenea, sarcina pune în evidență și abilitățile de diferențiere auditivă a unor structuri paronimice (rege-lege; moale-moare; luptă-rupă; înțepă-ceapă; fină-vină), structuri incluse la nivelul unor propoziții, ceea ce face ca abilitățile de diferențiere auditivă să fie mult mai bine puse în lucru. Practic, o astfel de sarcină evidențiază deprinderile naturale, automatizate, de utilizare a resturilor auditive în mod funcțional.

Structurile propoziționale utilizate sunt alcătuite din 2-6 elemente (inclusiv cuvinte de legătură), acestea materializând preponderent pattern-uri intonatorii neutrale și mixte, dar și pattern-uri exclamative. Din acest punct de vedere sarcina este una complexă, cu relevanță crescută pentru structurarea competenței de comunicare.

Rezultatele copilului la această probă sunt notabile, de asemenea, rămânând ca obiectiv terapeutic dobândirea unei voci cu melodie mai fluctuantă, eliminarea monotoniei verbale.

Propozițiile utilizate sunt condensate în tabelul de mai jos.

Tabelul 6 - Propoziții prezentate auditiv

Propoziții
Eu am scris o lege
Regele stă pe scaun.
Prăjitura este moale.
Pisica moare pentru că e bolnavă.
Soldații luptă pe front.
Fusta ta este ruptă.
Vezi că trandafirul te înțepă!
Ceapa ustură!
Mâna ta este fină.
Eu nu am nicio vină.

Probe pentru evaluarea comprehensiunii verbale

Abilitățile auditiv-verbale de detecție și identificare trebuie completate și de o comprehensiune verbală funcțională. În acest sens propunem evaluarea abilităților de comprehensiune verbală atât la nivel receptiv, cât și la nivel expresiv.

Proba TROG

Pentru evaluarea nivelului receptiv s-a utilizat proba TROG adaptată pe populație românească (Hațegan, 2009, Hațegan, 2011). Întrucât demersul de

evaluare era unul complex și se dorea atingerea tuturor componentelor și subcomponentelor relevante pentru configurarea profilului auditiv-verbal al acestui copil implantat binaural, s-a optat pentru selectarea a 10 itemi reprezentativi ai probei TROG, itemi prin care să se

poată surprinde în mod eficient nivelul comprehensiunii verbale a copilului.

Itemii selectați sunt prezentați în tabelul 3, fiind realizată și o explicitare a fiecărui item, subliniindu-se valoarea pentru utilizarea lor într-o sarcină de evaluare a comprehensiunii verbale la nivel receptiv.

Tabelul 7 - Temii selectați din proba TROG

Itemii selectați din TROG	Explicații referitoare la item
„Băiatul se îmbracă.”	Acest item face parte din blocul de itemi care se referă la receptarea categoriei morfemice verbale de diateză. Din această categorie itemul selectat se referă la diateza reflexivă, o diateză specifică limbii române prin modul de construcție cu ajutorul pronumelui reflexiv. Itemul are valențe importante în evaluare, mai ales în contextul dizabilității auditive, context în care componenta verbală și morfemele verbale sunt semnificativ afectate (Anca, 2007, Hațegan, 2011).
„El stă la masă.”	Acest item face parte din blocul de itemi care se referă la receptarea categoriilor morfemice de număr și persoană de la pronume. Acest item presupune abilități auditiv-verbale foarte fine, având în vedere paradigma pronumelui personal din limba română (el, ea, ei, ele) și având în vedere specificitatea de nuanță fonologică a sunetului „e” aflat în poziție inițială la nivelul cuvintelor prin care se materializează clasa pronumelui personal. În procesul de coarticulare sunetul este marcat și de un apendice palatal care transformă sunetul în diftong, ceea ce face mai dificilă recepția pe cale auditivă a cuvintelor.
„Ele cântă.”	Acest item face parte, de asemenea, din blocul de itemi care se referă la receptarea categoriilor morfemice de număr și persoană de la pronume. Prin acest item s-a urmărit evidențierea abilităților copilului de a diferenția auditiv aspecte morfologice specifice pronumelui atât de număr, cât și de gen și persoană.
„Fetele desenează.”	Acest item face parte din blocul morfologic prin care se evaluează abilitățile de identificare a substantivelor în funcție de gen. Copilul are sarcina să identifice imaginea corespunzătoare acestui item diferențiind între cele patru imagini propuse. Este important de semnalizat faptul că itemul verbal distractor este „dansează”. Astfel, cei doi itemi verbali, itemul țintă „desenează” și itemul distractor „dansează”, prezintă o ipostaziere fonologică foarte asemănătoare, diferențierea celor doi presupunând abilități foarte fine de procesare fonologică, ceea ce înseamnă, deopotrivă, abilități auditiv-verbale funcționale.
„Copilul se joacă cu mingile.”	Acest item face parte din blocul morfologic prin care se evaluează abilitățile de identificare a substantivelor în funcție de număr. Itemul țintă presupune diferențieri auditive foarte fine ale morfemului de număr. Itemul țintă a fost intenționat selectat a fi cel care materializează morfemul de plural la nivelul cuvântului „mingile”, în defavoarea celui care materializează singularul la nivelul cuvântului „mingea” (Copilul se joacă cu mingea) sau în defavoarea celui care materializează pluralul la nivelul cuvântului „copii” (Copiii se joacă cu mingea). În acest fel sarcina copilului, din punct de vedere auditiv-perceptiv, este una care solicită abilități de diferențiere fonologică și morfologică foarte fine.
„Fata va citi o carte.”	Acest item face parte din blocul morfologic prin care se evaluează abilitățile de identificare a categoriei verbale de timp. Chiar dacă acest item nu presupune

	diferențieri auditive fine, acesta presupune abilități de procesare a secvențialității. Prin urmare, organizarea temporală funcțională fiind una dintre prechizițiile importante în structurarea limbajului, este strâns legată și de structurarea și dezvoltarea abilităților de receptare auditiv-verbală.
„Nici băiatul nu doarme. Nici fata nu stă”	Acest item face parte din blocul morfologic al conjuncțiilor coordonatoare. Tranșa sonoră este mai lungă, compusă din două propoziții scurte, coordonate prin conjuncția coordonatoare disjunctivă „nici.. nici”. Acest item presupune abilități perceptiv-auditive funcționale, dar și abilități de comprehensiune verbală înalte, având în vedere complexitatea semantică a tranșei sonore prezentate.
„Prima minge este cu steluțe.”	Acest item face parte din blocul morfologic al numeralului ordinal. Prin acest item se evaluează abilitățile morfologice ale copilului, dar și abilitățile de seriere. Prin urmare, performanța la itemul „Fata va citi o carte”, trebuie să coreleze cu performanța la acest item, chiar dacă categoriile morfologice prin care se materializează cei doi itemi sunt diferite.
„Fata stropi florile.”	Acest item face parte din blocul morfologic al morfemelor suprasegmentale (aceste morfeme se materializează la nivelul categoriei lexematice a omografelor în limba română, Anca, Hațegan, 2008). Itemul ridică semnificative probleme de diferențiere și identificare auditivă, în condițiile în care tranșa sonoră din itemul țintă este diferită doar din punctul de vedere al plasării accentului la nivelul cuvântului. În cazul acestui item copilul este solicitat să diferențieze cuvântul „stropi” (ca substantiv comun), de cuvântul „stropi” (ca verb la timpul perfect simplu, modul indicativ). Este evident faptul că includerea cuvântului la nivelul unor structuri propoziționale și materializarea sarcinii în una de comprehensiune verbală, facilitează realizarea diferențierii și identificării verbale, aspect de altfel ce asigură reala competență de comunicare funcțională. Dacă sarcina ar fi fost simplă de diferențiere și identificare verbală a cuvintelor țintă prezentate izolat, cu siguranță abilitățile auditiv-verbale ale copilului nu i-ar fi permis rezolvarea corectă a sarcinii, dar acest tip de sarcini sunt mai puțin corelate cu abilitățile de comprehensiune verbală, de comunicare funcțională, tocmai datorită faptului că se ipostiază în exerciții artificializate de antrenare a abilităților perceptiv-lingvistice.
„Mama masa fata.”	Ultimul item prezentat copilului face parte din aceeași categorie a morfemelor suprasegmentale, considerându-se faptul că aceste morfeme sunt cele care demonstrează plenar abilitățile înalt funcționale de percepție auditivă și înțelegere verbală. În cazul acestui item sarcina copilului era aceea de a diferenția auditiv itemii țintă exprimați prin cuvintele „masa” (substantiv comun) și „masa” (verb, modul indicativ, timpul perfectul simplu). Cele două cuvinte sunt incluse în patru structuri propoziționale, având corespondente patru imagini.

În cazul acestei sarcini copilul demonstrează abilități auditiv-verbale înalt funcționale, precum și abilități de comprehensiune verbală funcționale. Prin urmare, rezultatele de la o astfel de probă pot indica abilități comunicaționale funcționale.

Subtestul din GASP pentru comprehensiune verbală

Următoarea sarcină, cea preluată din proba GASP este una de comprehensiune verbală la nivelul expresiv al limbajului. Având în vedere rezultatele obținute la proba TROG adaptată pentru limba română se pornește de la asumția că abilitățile de comprehensiune verbală, la nivelul expresiv al limbajului, sunt și ele funcționale, cel puțin la nivel propozițional, ceea ce asigură copilului

șansa unei relații de comunicare reală în context social (în situația unuia sau a mai multor interlocutori).

Întrebările și răspunsurile oferite de A. în cadrul acestei sarcini sunt reunite în tabelul de mai jos.

Tabelul 8 - Comprehensiune verbală la nivel expresiv

Întrebări	Răspunsuri
Primii doi itemi au fost de familiarizare cu sarcina: Câte degete ai la o mână? Ce culoare are masa?	Răspunsurile oferite de copil au fost corecte, ceea ce a însemnat că A. a înțeles sarcina și itemii următori pot fi aplicați.
1. Cum te cheamă?	Și-a indicat prenumele, fără a formula o propoziție.
2. Ce culoare au pantofii tăi?	„Adidașii mei are culoarea albastră.”
3. Câți membri are familia ta?	„Șapte.”
4. Unde este proteza ta auditivă?	„Pe urechi”.
5. În ce zi te-ai născut?	„18 iunie 2004”.
6. Care este numele profesorului tău?	A indicat corect numele și prenumele învățătoarei sale.
7. Ce numere urmează după șapte?	„Opt, nouă, zece”.
8. Câte picioare are un elefant?	„Patru”.
9. Unde locuiești?	„Eu locuiesc pe Calea Florești”.
10. Câți ani ai?	„Aproape 10 ani”.

Răspunsurile oferite de copil sunt toate corecte din punct de vedere noțional, corespund cu realitatea (acest aspect a fost confirmat de părintele copilului prezent în momentul evaluării derulate). Se remarcă o singură eroare în exprimarea copilului, anume la nivelul structurii „Adidașii mei are culoarea albastră.” eroare care poate fi încadrată la nivelul morfologic al limbajului, copilul utilizând o formă verbală necorespunzătoare pentru structura propozițională din punctul de vedere al nerelaționării subiectului cu predicatul. Ca direcție terapeutică considerăm necesar a se aborda aspectele morfologice ale limbajului mai pregnant în demersul de intervenție, acest aspect fiind mai greu achiziționat în contextul dizabilității auditive, chiar și în contextul unei dizabilități auditive funcțional compensate tehnic (Anca, 2007, Hațegan, 2009, 2011).

Din punctul de vedere al comprehensiunii verbale se poate sublinia faptul că A. nu întâmpină nicio dificultate în receptarea și înțelegerea propozițiilor date, precum și în oferirea răspunsurilor adecvate. Este important de subliniat că între nivelul comprehensiunii și cel al exprimării verbale există mici diferențe, în sensul că abilitățile impresive de limbaj sunt mai funcționale decât abilitățile expresive de limbaj, aspect specific chiar și copiilor care nu prezintă dizabilități. Ca direcție terapeutică se recomandă plasarea demersul de intervenție la nivelul discursiv al limbajului, jocurile de rol putând fi modalități practice de antrenare a abilităților conversaționale (abilități care presupun atât exersarea comprehensiunii verbale, cât și exersarea producției verbale).

Proba Crichton

Proba Crichton este o probă prin care se evaluează, de asemenea, abilitățile de

comprehensiune verbală, precum și cele de exprimare verbală (Anca, 2003). Proba conține 2 serii a câte 40 de itemi fiecare, sarcina copilului fiind aceea de a defini fiecare item prezentat indicând aspectele definitorii de natură semantică ale itemului.

Întrucât proba este una complexă, dar mai ales de dimensiuni însemnate au fost selectați, în mod aleator, 8 itemi pentru a fi utilizați în demersul de evaluare întocmit pentru surprinderea particularităților limbajului și de comunicare ale lui A., în contextul în care acesta prezintă dizabilitate auditivă neurosenzorială, compensată tehnic prin protezare bilaterală.

În tabelul de mai jos vor fi prezentați itemii selectați din proba Crichton și răspunsurile oferite de copil.

Tabelul 9 - Proba Crichton - itemii selectați și răspunsurile lui A

Itemii selectați din proba Crichton	Răspunsurile lui A.
1. morcov	„Este o legumă. Morcov este sănătos.”
2. șapcă	„Este o căciulă”.
3. camion	„Este o mașină mare care transportă lucruri”.
4. nefericit	„Nu-i fericit, că e supărat”.
5. vis	„A se gândi”.
6. pedepsește	„Tata pedepsește copilul. Îi dă bătaie sau pedeapsă.”
7. nehotărât	„Că nu-i hotărât să facă ceva. Nedecis”.
8. plictisitor	„A se plictisi egal leneș că nu mai vrea să facă ceva”.

Dintre itemii selectați trei prezintă conținuturi semantice concrete, în timp ce cinci prezintă conținuturi abstracte. Din acest punct de vedere se poate observa faptul că A. reușește să

circumscrie noțional-verbal atât itemii concreți, cât și cei abstracti, chiar dacă în ambele situații se recurge la definiții contextuale ale itemilor. Cele mai multe dificultăți le întâmpină în definirea cuvântului „vis”, cuvânt abstract, pentru care însă copilul găsește totuși o definiție surprinzătoare, cvasi-corectă.

Sub aspect gramatical, itemii selectați fac parte din categorii morfologice distincte, patru substantive, trei adverbe și un verb. Din acest punct de vedere copilul pare că găsește cu dificultate definiții pentru adverbe, dar și pentru verbul dat, situație în care și simte nevoia de a se autoexplicita și de a oferi evaluatorului răspunsuri mai extinse.

Performanța înregistrată de copil este una care se înscrie în aspectele consacrate de literatura de specialitate din domeniul psihopedagogiei dizabilităților auditive (Pufan, 1982, Anca, 2003, 2007, Hațegan, 2011), nefiind identificate diferențe notabile între ceea ce precizează literatura de specialitate despre copilul cu dizabilitate protezat clasic și acest copil cu dizabilitate auditivă dublu implantat cohlear.

Scala pentru evaluarea inteligibilității vorbirii - abordare integrată a abilităților lingvistice receptive și expresive

Pentru a evidenția abilitățile de comprehensiune verbală, precum și cele comunicaționale ale lui A., a fost utilizată și Scala pentru stabilirea nivelului inteligibilității vorbirii copiilor implantați cohlear - SIR (Bodea Hațegan, 2014 a).

Scala a fost completată atât de părintele însoțitor al copilului la evaluare, cât și de evaluator. Între cei doi a existat consens absolut, ambii indicând nivelul 5 al

inteligibilității vorbirii de pe scala redată, acest nivel 5 însemnând că vorbirea copilului este inteligibilă pentru orice ascultător, copilul fiind apreciat ca fiind ușor de înțeles de persoanele interlocutoare, în contextele de viață cotidiană.

Aplicarea acestei scale certifică datele obținute pe parcursul demersului de evaluare, subliniind interdependența dintre funcționalitatea perceptiv auditivă, abilitățile comunicaționale expresive, comprehensiunea verbală și nivelul inteligibilității în actul de comunicare. Având în vedere această interdependență considerăm că un astfel de demers de evaluare are atât valențe diagnostice și prognostice, dar mai ales implicații reale asupra elaborării unui program corect și adecvat de intervenție în sfera auditiv-verbală, în contextul dizabilității auditive compensată prin implant cohlear.

Concluzii

Demersul de evaluare propus este unul complex și surprinde importanța unei monitorizări susținute a progresului înregistrat post-implantare, pe parcursul procesului de reabilitare auditiv-verbală.

O astfel de evaluare permite terapeutului să structureze un program acurat de intervenție, program în care obiectivele propuse să fie stabilite pe baza unor relevanți indicatori.

Bibliografie

Anca, M. (2003). *Metode și tehnici de evaluare a copiilor cu CES*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Anca, M. (2007). *Psihologia deficiențelor de auz*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Bodea Hațegan, C. (2014, a). *Abordări psihopedagogice în contextul implantării cohleare bilaterale*, în *Abordări terapeutice ale limbajului. Perspective actuale*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, p. 9-19.

Bodea Hațegan, C. (2014, b). *Probă de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice*, E-book, Cluj-Napoca: Editura Argonaut.

Bodea Hațegan, C., Talaș, D. (coord.) (2014). *Fluența verbală. Direcții teoretice și aplicații psihopedagogice*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Hațegan, C. (2007). *Dezvoltarea abilităților de cercetare ale studenților pentru dezvoltarea competenței de comunicare: selecție de material lingvistic*, în volumul școlii de vară "Dezvoltarea competențelor didactice și de cercetare în științele naturii", coord. Anca, M., Ciascai, L., Ciomoș, F., Casa Cărții de știință: Cluj-Napoca, p. 87-95.

Hațegan, C. (2009). *Modalități de evaluare și dezvoltare a competenței morfologice*, Teză de doctorat, nepublicată, Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai.

Hațegan, C. (2011). *Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Pufan, V. (1982). *Probleme de surdopsihologie*, București: Editura Didactică și Pedagogică.

¹Conf. univ. dr., Departamentul de Psihopedagogie Specială, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca; E-mail:

carolina.bodea.hategan@gmail.com

Direcții logopedice de evaluare și intervenție în contextul sindromului Laurence-Moon-Bardet-Biedel

Cecilia MACRI¹

Abstract:

This article presents a case study of Laurence-Moon-Bardet-Biedel syndrome. The main objectives of this research are to underline the developmental features and to propose an assessment and intervention approach focused on speech and language therapy in the situation of this rare syndrome. Results demonstrated that an adequate assessment, focused on basic concepts and a specific individualized intervention approach can ensure functional development even if the pathology is complex.

Keywords: multiple disabilities, Laurence-Moon-Bardet-Biedel syndrome, individualized therapeutic approach, speech and language therapy

Sindromul Bardet-Biedl este un caz particular al sindromului Laurence-Moon, o afecțiune genetică din categoria dizabilităților multiple. Semnele și simptomele acestei afecțiuni variază între indivizi, chiar și printre membrii aceleiași familii (Gafencu, Doros, Puiu, Micle, Popoiu, Serban, 2005).

Pierderea vederii este una dintre cele mai importante caracteristici ale sindromului Bardet-Biedl. Obezitatea este o alta caracteristică a sindromului Bardet-Biedl. Creșterea în greutate începe, de obicei, în copilărie și continuă să fie o problemă pe tot parcursul vieții. Complicațiile pot include obezitate, diabet de tip 2, hipertensiune arterială și nivelul colesterolului anormal de ridicat (hipercolesterolemie) (Gafencu și colab., 2005, Dindelegan, 2006).

Caracteristici suplimentare ale sindromului Bardet-Biedl ar fi: afectarea limbajului, dezvoltare întârziată a abilităților motorii, tulburări de comportament, cum ar fi imaturitate emoțională și izbucniri nepotrivite, neîndemânare sau slaba coordonare motorie. De asemenea, sunt prezente

caracteristici distinctive faciale, anomalii dentare, un număr neobișnuit de degete la mână și/ sau degetele de la picioare și o pierdere parțială sau completă a mirosului (anosmie) (Gafencu și colab., 2005).

Obiectivele studiului

Prin acest studiu se urmărește:

- evidențierea particularităților diagnostice în contextul sindromului Laurence-Moon-Bardet-Biedl;
- delimitarea specificului de intervenție cu focalizare asupra corectării tulburărilor din sfera limbajului oral și a scris-cititului.

Studiul de caz

Particularități diagnostice și de dezvoltare

a) Date personale

Acest studiu de caz este focalizat pe evidențierea particularităților de dezvoltare și diagnostice ale unui copil de gen masculin, în vârstă de 8 ani care prezintă sindrom Laurence - Moon - Bardet-Biedl. Pe acest fond patologic sunt de inventariat și următoarele

caracteristici: obezitate diencefalică, astigmatism, bradipsihie generalizată (fond organic), tulburări de pronunție și vorbire, tulburări în sfera achiziției scriscitului. Optăm pentru delimitarea aceasta diagnostică având în vedere direcțiile propuse prin DSM-5 și de Bodea Hațegan, (2015), referitor la circumscrierea tablourilor de tulburări de limbaj non-specifice, secundare, care apar pe fondul unor patologii complexe, în cazul nostru a unui sindrom plurimalformativ, încadrat în categoria dizabilităților multiple.

b) Date referitoare la mediul familial

Copilul provine dintr-o familie fără istoric medical care ar putea constitui un factor de risc pentru apariția acestui sindrom. Mediul familial este unul funcțional, dificultățile cu care copilul se confruntă fiind abordate de familie în mod suportiv, familia se implică în procesul de recuperare al copilului.

c) Date medicale semnificative

Antecedente postnatale: nașterea a fost naturală, la termen, fără complicații. Parametrii staturo-ponderali au fost în limite normale (greutatea fătului 3,4 kg, lungimea de 53 cm). La 6 luni mama împărtășește medicului de familie îngrijorarea cu privire la greutatea copilului. Mama constată și un strabism la unul dintre ochi, dar nu-l investighează, considerându-l fiziologic. A mers în picioare la 1 an, însă până la 1 an și 4 luni nu avea echilibru și ținea în permanență un deget pe perete sau pe mobilă, când se deplasa singur.

d) Traseu educațional:

A fost înscris la grădiniță de la vârsta de 3 ani, unde s-a adaptat ușor, iar la 3 ani și 3 luni educatoarele au semnalat părinților faptul că acesta mănâncă ținând capul foarte aproape de farfurie și au sugerat control de specialitate, control care a evidențiat o miopie accentuată și strabism. De atunci poartă ochelari cu dioptriile de -6,5, la ambii ochi.

A frecventat grădinița cu program prelungit, între 3 și 7 ani. Întâmpina dificultăți în rezolvarea oricăror sarcini care solicitau vederea, era reținut, timid, comunica foarte puțin cu educatoarea și colegii.

Urmează școala primară, într-o școală de masă. În mediul școlar s-a adaptat cu dificultate, nu reușea să relaționeze cu colegii și nici cu doamna învățătoare, nu rezolva nici o sarcină primită întrucât nu înțelegea și nici nu putea executa ceea ce i se cerea ca urmare a deficitelor din plan motor și vizual perceptiv. Reușea să scrie sau să citească doar caractere de 1-2 cm, numai dacă i se indica elementul grafic, vizat. La educație plastică și abilități practice nu realiza singur nici o compoziție. Investigațiile făcute la îndemnul învățătoarei, au stabilit drept cauză a obezității și a miopiei, afecțiuni neurologice: Sindromul Laurence-Moon-Bardet-Biedl, obezitate diencefalică, recomandându-se dietă și mișcare.

Greutatea corporală în acest moment este una excedentară în raport cu vârsta acestuia, 59 kg, înălțime 1,32 m. În momentul în care desfășoară anumite activități sau realizează anumite acțiuni, apar mișcări involuntare ale capului, ceea ce indică suferință neurologică. În aceste condiții se impune cu necesitate un consult neurologic detaliat pentru

identificarea acurată a cauzelor și extinderii tabloului neurologic.

e) Demersul de evaluare în sfera limbajului

În examinarea limbajului și a comunicării au fost utilizate următoarele probe (Vrășmaș, Stănică, 1997):

- probe de investigare a pronunției pe baza albumului logopedic și a aplicației „Pași prin lumea sunetelor!” (Bodea-Hațegan, Talaș, 2015), proba vorbirii independente, povestirea după imagini (s-a notat fluența vorbirii, calitatea vocii, ritmul), probă de orientare spațială și temporală;
- probă pentru identificarea tulburărilor din sfera citirii: citire de litere, silabe (închise/deschise), cuvinte (monosilabice/bisilabice/trisilabice / plurisilabice), propoziții formate din 2-4 cuvinte, scrise cu litere de tipar/mână, text cunoscut/necunoscut, din 3 propoziții scurte;
- probă pentru identificarea tulburărilor din sfera scrierii: copiere / transcriere / dictare de litere, silabe, cuvinte, propoziții formate din 2-4 cuvinte, despărțire în silabe a unui cuvânt monosilabic / bisilabic / trisilabic / plurisilabic, completarea unor cuvinte lacunare cu litera/silaba lipsă, ordonarea unor cuvinte pentru a forma o propoziție logică;
- alte metode utilizate în investigare: observarea sistematică, interviul cu mama, interviul cu profesorii (pentru învățământ primar, de limba engleză, de educație fizică, de religie).

f) Examinare psihopedagogică

Motricitate

- Motricitate generală: hipokinezie generalizată;
- Lateralitate: dreaptă (mână / picior);

Conduite și structuri perceptiv - motrice:

- cunoașterea schemei corporale: denumeste în limbaj verbal principalele părți ale corpului (cap, mâini, picioare, ochi, nas, gură, limbă, față);
- structuri perceptiv - motrice de culoare: utilizează etichetele lingvistice specifice pentru principalele culori (roșu, verde, albastru, galben, negru), chiar nuanțe, de ex. roz, violet;
- structuri perceptiv - motrice de formă: identifică și denumeste cercul, pătratul, triunghiul, dreptunghiul și spațiale: cubul;
- structuri perceptiv - motrice de mărime: diferențiază mare-mic, înalt-scurt;
- structuri perceptiv-motrice de orientare spațială: indică și denumeste sus-jos, față-spate, stânga-dreapta;
- orientarea și structura temporală: denumeste zilele săptămânii, lunile anului, anotimpurile.

Aparatul fono-articulator periferic:

integru anatomo - funcțional, motricitate deficitară, slabă coordonare a componentelor aparatului fonoarticulator, ca urmare sunt frecvente tulburările de pronunție.

Procesările fonologice: prezintă deficite în sfera procesărilor fonologice, diferențiază cu greutate sunetele sonore de cele surde (de ex. s-z, v-f, ș-j, c-g), atât la nivel izolat, cât și la nivelul silabelor și cuvintelor.

g) Examinarea limbajului oral

Examinarea limbajului oral s-a realizat prin sarcini de vorbire reflectată. S-a putut constata faptul că omisiunile sunetelor sunt frecvente, mai ales atunci când trebuie să repete cuvinte formate din grupuri consonantice (de ex. în loc de „strugure”, pronunță „stugure”).

De asemenea, examinarea limbajului s-a realizat și prin sarcini de vorbire independentă, sarcini care au subliniat prezența tulburărilor de pronunție, a ritmului monoton, încetinit în exprimarea verbală. Structurarea morfo-sintactică evaluată pe baza formulării unor propoziții după imagini este achiziționată la nivelul așteptat (nu s-au constatat greșeli de acord gramatical substantiv-adjectiv, subiect – predicat, substantiv-numeral). Calitatea vocii este afectată atât pe dimensiunea intensitate (prezintă voce șoptită), cât și pe dimensiunea înălțime (sunetele sunt articulate într-un registru de tonalitate gravă).

Limbajul oral a fost evaluat și prin sarcini de comprehensiune verbală, sarcini care relevă un nivel scăzut al abilităților de înțelegere verbală (definire de cuvinte, completare a unei propoziții cu elementul lipsă).

h) Examinarea limbajului scris**Citirea**

- citirea literelor: confundă „v-f”, „d-b”, „m-n”, „c-g”, grupurile de litere „ce - che”, „ge - ghe”, „ci - chi”, „gi - ghi”;
- citirea cuvintelor: cu dificultăți - pe litere, cu omisiuni, adăugiri, inversiuni, sau prin identificare aleatorie;

- citirea unui text cunoscut: cu dificultăți - repetări, omisiuni, adăugiri de cuvinte;
- citirea unui text necunoscut: întâmpină dificultăți - repetări, omisiuni, adăugiri de cuvinte;
- ritmul citirii: rar, lent, monoton, cu multe reveniri și autocorectări, caută în permanență feed-back-ul terapeutului.

Scrierea

- aspectul grafic: demonstrează abilități deficitare de organizare a spațiului de scris (foaie – așezarea defectuoasă în pagină, caiet, dar și în toate activitățile încărcate de factorul spațial: geometrie, desen, în reperarea unui șir ordonat sau în activități de numărare); elementele grafice sunt redactate deformat, supradimensionate, fără legături între semnele grafice, scrisul este neliniar, uneori rândurile se suprapun.
- copierea se situează la nivelul cuvintelor, poate fi realizată numai dacă i se indică cu ceea ce trebuie să scrie și unde trebuie să scrie.
- structura gramaticală: dificultăți legate de flexiunea morfologică a cuvintelor de la un gen la altul / de la un număr la altul, de completare a unor propoziții lacunare, de formularea răspunsului la o întrebare scrisă, utilizarea excesivă a unor cuvinte de legătură (și, eu, este).
- scrierea cifrelor: deformată, fără a respecta dimensiunea căsuței foii caietului de matematică.

i) Comportament

Comunică cu dificultate atât cu colegii, cât și cu cadrele didactice. Refuză orice

activitate didactică (intelectuală), motivând că nu poate sau nu știe. Când i se oferă explicații uneori le contestă, alteori nu așteaptă finalizarea acestora și începe să lucreze fără a urmări sarcina dată. Obosește după 15 minute de activitate susținută. Manifestă o atitudine pasivă, de neîncredere în forțele proprii, izolare.

Demers de intervenție

Demersul de intervenție propus valorifică specificul activității logopedice și delimitează principalele arii de dezvoltare care pot fi abordate, atât sub formă de obiective propuse, cât și cu exemple de activități (Mitrofan, 2003, Bodea Hațegan, 2013).

Tabel 1. Plan de intervenție individualizată

Domeniul de dezvoltare	Obiective	Exemple de sarcini și activități
Tactil – kinestezic	<ul style="list-style-type: none"> - dezvoltarea abilităților perceptiv - vizuale, - antrenarea abilităților tactil – kinestezice. - dezvoltarea abilităților de coordonare ochi-mână. 	<ul style="list-style-type: none"> - jocuri senzorio-motorii pentru antrenarea operațiilor de bază: a lua, a așeza, a deschide, a închide, a îndoi, a strânge, a tăia, a înfășura; - jocuri pentru parcurgerea vizuală a conturului unor imagini, concomitent cu parcurgerea aceluiași contur cu mâna sau cu un creion, decupaje, colaje de figuri geometrice, de mărimi și culori diferite; - jocuri pentru capacitatea de prehensiune, concomitent cu antrenarea musculaturii fine a degetelor și mâinii, pentru realizarea unor mișcări cu grad mare de precizie - jocuri de coordonare bimanuală: de manipulare, de folosire a obiectelor de scris.
Percepția auditivă	<ul style="list-style-type: none"> - educarea auzului fonematic; - dezvoltarea abilităților de procesare auditivă (detectare, identificare, diferențiere, comprehensiune verbală); 	<ul style="list-style-type: none"> - exerciții de detecție și localizare a sursei sonore; - exerciții de diferențiere auditivă, onomatopee, pronunție ritmică, de identificare a obiectelor după zgomot etc.; - exerciții de comprehensiune verbală.
Percepția vizuală	<ul style="list-style-type: none"> - activarea și antrenamentul resturilor de vedere în parametri fiziologici; - dezvoltarea schemelor și modelelor perceptiv; - dezvoltarea coordonării vizual-motorii; - dezvoltarea capacității de structurare perceptiv-motrică a spațiului. 	<ul style="list-style-type: none"> - explorarea vizuală primară a unor jucării, contururi, forme, obiecte; - exerciții de discriminare figură-fond cu ajutorul desenelor; - exerciții de fixare a unor obiecte care se impun prin mărime, culoare, formă, semnificație; - exerciții de orientare în spațiul grafic, de structurare și organizare vizual-spațială, de manipulare, de

Condițiile favorabile învățării și crearea unui tonus afectiv pozitiv din partea copilului

- stimularea atenției vizuale și a capacității de orientare și concentrare;
- stimularea memoriei senzoriale (vizuale, auditive, tactil – kinestezice)

Pregrafia

- educarea mâinii dominante - exerciții pentru independența degetelor;
- coordonarea: mișcare, respirație, vorbire.
- stabilizarea lateralității și a coordonării oculomotorii:

Prelexia

- educarea deprinderilor de articulare corectă a eventualelor sunete deficitare;
- formarea și dezvoltarea mecanismelor de structurare și integrare fonografică.

Învățarea literelor

- identificarea, reproducerea și însușirea, literelor;
- particularități în tulburările de diferențiere a fonemelor sau grafemelor.

menținere a direcției de trasare, scriere.

- exerciții pentru stimularea atenției bazate pe desen;
- redarea unor serii de obiecte, imagini, completarea unor cuvinte sau propoziții;
- asamblarea sau completarea unor imagini din mai multe segmente/părți componente;
- reproducerea unor figuri de complexitate crescută, exerciții de tip puzzle;
- exerciții bazate pe memorări de cuvinte, propoziții, scurte povestiri, cifre.

- trasarea de cercuri cu mâna dominantă, apoi cu cea opusă, apoi simultan, cu modificarea dimensiunilor cercurilor și a direcției de trasare;

- trasarea unui semicerc cu o mână și continuarea cu cealaltă mână, înșirare de mărgel;

- contururi desenate, desenarea unor linii paralele;

- exerciții de mișcare continuă pe verticală, orizontală, oblică, cu opriri la comandă, apoi în continuare pe aceeași direcție;

- exerciții de pronunțare corectă a sunetelor;

- exerciții de pronunție prelungită a vocalelor și exerciții de pronunție melodică a grupurilor de vocale;

- exerciții pentru câmpul lexico – grafic, pentru abilitățile implicate în actul lexico – grafic.

- familiarizarea cu „suprafața plană ” și cu „linia ”.

- analiza și sinteza elementelor grafice cunoscute etc.

- complexul terapeutic: „Scrierea motrică ” a literelor;

- decuparea literelor, citirea și scrierea literei;

- reproducerea literelor cu ochii închiși etc.;

- se lucrează separat cu fiecare consoană confundată, se consolidează și automatizează prin antrenarea ei în

Învățarea silabelor	<ul style="list-style-type: none"> - reproducerea de combinații cu înțelegerea semnificației. 	<p>silabe și cuvinte, apoi se diferențiază de cealaltă.</p> <ul style="list-style-type: none"> - compunerea și descompunerea silabelor directe și inverse; - scrierea silabelor prin copiere și dictare; citirea; - recunoașterea unei silabe într-un ansamblu de structuri asemănătoare; - lexia și grafia diftongilor și triftongilor, scrierea /citirea silabelor închise și deschise cu și fără semnificație etc.
Însușirea cuvintelor/ Vocabularul	<ul style="list-style-type: none"> - identificarea sensurilor cuvintelor și structurilor gramaticale; - recunoașterea/reproducerea în scris/citit a cuvântului; - despărțirea corectă în silabe și scrierea corectă a cuvintelor cu cazuri particulare (în silabe); - scrierea și citirea diftongilor și triftongilor; 	<ul style="list-style-type: none"> - analiza și sinteza lexică și grafică a cuvintelor; - exerciții cu cuvinte sinonime, omonime, antonime; - accentuarea corectă a cuvintelor; - respectarea spațiilor dintre cuvinte, scrierea pe orizontală/verticală; - exerciții de citire și scriere corectă a cuvintelor, citire ritmată, despărțire în silabe; - copiere cu litere de tipar; - completarea cuvintelor lacunare; - exerciții de recunoaștere / scriere/ citire a diftongilor, triftongilor, a cuvintelor care conțin grafemul "x", consoană/vocală dublă. - exerciții de copiere/dictare/alcătuire de propoziții enunțative, exclamative, interrogative, însoțite de analiză și sinteză etc. - exerciții de citire a imaginilor izolat/ în suită; - construcții de dialoguri.
Însușirea propozițiilor	<ul style="list-style-type: none"> - recunoașterea/ reproducerea/alcătuirea/scrierea/citirea propozițiilor; - utilizarea corectă a dialogului, expunerii. 	<ul style="list-style-type: none"> - exerciții de citire a imaginilor izolat/ în suită; - construcții de dialoguri.
Însușirea textului	<ul style="list-style-type: none"> - expunerea logică și fluentă a ideilor; - scrierea/citirea unor texte scurte; - alcătuirea unor texte scurte. 	<ul style="list-style-type: none"> - exerciții de copiere / dictare/ autodictare/ citire de texte scurte; - exerciții de citit – scris selectiv, în pereche, pe roluri, pe sintagme - compuneri după imagini, pe bază de întrebări, cu început dat, cu cuvinte de sprijin.

Rezultate obținute

Programul de intervenție mai sus prezentat a fost implementat pe parcursul a 2 ani, copilul frecventând cabinetul logopedic de 2 ori/săptămână.

Progresele realizate sunt evidente:

- Manifestă interesul de a se angaja în sarcinile școlare, mai ales cele de scris-citit, de a finaliza sarcinile primite (chiar dacă timpul afectat sarcinii s-a scurs).

- Rezistența la efort intelectual și fizic a crescut.
- Este mai sociabil, mai activ și interesat de cei din jur, a legat prietenii cu câțiva colegi de clasă.
- Este atent și activ la ore. Reușește să urmărească pe carte sau pe caiet atunci când citesc alții sau când citește el, scrie mult mai mult din ceea ce se lucrează în clasă pe caietul de clasă.
- Este conștiincios și nu vine cu teme neefectuate la școală. A căutat și citit, din proprie inițiativă, un roman pentru copii.
- Vocabularul activ este mai bogat. Înțelege sensul cuvintelor, în context și formulează propoziții cu acestea, găsește sinonime/antonime potrivite. Redă elemente esențiale și de detaliu dintr-un text citit. Ordonează planul logic de idei al unui text analizat. Recunoaște substantivele, verbele și adjectivele dintr-un text, realizează corect acordul dintre ele, poate conjuga un verb la timpurile și persoanele învățate. Exprimarea e logică și fluentă.
- Citește cu interes, prin silabisire, uneori cu tendința de a pronunța legat cuvintele, în funcție de tipul textului și de mărimea caracterelor, de cele mai multe ori fără a pierde rândul, cu mai puține omisiuni și inversiuni de litere. Preferă textele cu conținut moralizator.
- Scrie cursiv, respectând, în general forma și structura literelor și mai puțin liniatura caietului. Nu mai confundă literele, utilizează scrierea cu literă inițială mare la începutul propoziției, pentru nume, folosește semnele de punctuație relativ corect. Rezolvă cu

plăcere exerciții cu itemi de completare sau cu alegere multiplă, care vizează înțelegerea și interpretarea textului sau îmbogățirea vocabularului.

- Rezolvă exerciții și probleme cu operațiile matematice studiate, în concentrul 0 – 1000000.
- Numără, compară și ordonează în concentrul 0-1000.
- Profesorii și părinții apreciază pozitiv progresele înregistrate de elev.

Concluzii

Abordarea individualizată, atât în planul evaluării, cât și în planul intervenției terapeutice poate asigura progrese importante în cazul unor patologii complexe, rare, patologii încadrate în categoria dizabilităților multiple. În aceste situații abordarea limbajului se realizează integrat, perspectiva aceasta asigurând un demers holistic, consistent articulat, cu vizibile progrese nu doar în plan lingvistic, ci mai ales în plan social-funcțional.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bodea-Hațegan, C., Talaș, D., *Pași prin lumea sunetelor*. (2015) <https://play.google.com/store/apps/details?id=ppls.pps.com.ppls>
- Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
- Bodea Hațegan, C. (2015). *Tulburările de limbaj și comunicare*, în Roșan, A.

- (2015). Psihopedagogia specială, Evaluare și intervenție, Iași: Polirom.
- Dindelegan, C.M. (2006). *Elemente de psihopatologie și psihologie clinică*, Ediția a II-a, Oradea: Editura Universitatii din Oradea.
- Gafencu, M., Doros, G., Puiu, M., Micle, I., Popoiu, A., Serban, M. (2005). Laurence-Moon-Bardet-Biedl syndrome- case presentation, *European Journal of Human Genetics*, Nature Publishing Group, vol. 13. supp. 1, pp 137.
- Mitrofan, I. (2003). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*, Iași: Editura Polirom.
- Vrășmaș, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*, București: Editura Didactică și Pedagogică, București.

¹Profesor logoped, Dr., CMBRAE, București.E-mail: cecilia.macri@yahoo.com

Tulburările de citire și scriere la copiii nevăzători

Daniela BARTHA¹

Abstract:

The development of literacy for the visually impaired children constitutes the cornerstone of education. Many researchers noted that there are visually impaired children who might have some difficulties in learning to read and write in Braille. That is why, in this article we will try to describe these difficulties.

First of all, we will try to define and understand the language difficulties, namely dyslexia and dysgraphia. Secondly, we will try to make a short presentation of the Braille system. We will then go on with the analysis of some types of errors which are frequently observed in case of visually impaired children, but we will also discuss some possible stages of correcting them.

Moreover, this article also contains a practical section, in which we will present a case study of a visually impaired girl who studies in the High school for the Visually Impaired Children from Cluj-Napoca. In this case study, we will explain the therapy applied to help her overcome these difficulties.

Keywords: dyslexia, dysgraphia, reading difficulties, writing difficulties, visually impairments.

Introducere

Prin tulburările limbajului înțelegem toate abaterile de la limbajul tipic, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii, cât și al perceperii, începând de la dereglarea diferitelor componente ale cuvântului și până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă (Guțu, 1975).

Cu toate că majoritatea studiilor nu iau în considerare dificultățile de învățare datorită altor factori decât cei neurologici, și copiii nevăzători manifestă dificultăți de învățare în general, și dificultăți de citire în special.

Există un număr mare de copii cu dizabilități vizuale care prezintă tulburări de citire Braille. Dificultățile cele mai frecvente de învățare a citirii și scrierii sunt dislexia și disgrafia (disortografia). Dislexia este o dificultate de învățare a citirii în condițiile unei funcționări cognitive științifice (Bălaș Baconschi,

2008; Bréchet, 2007; Burlea, 2007; Demonet și colab., 2007; Lishman, 2003; Van Hout, 2001).

Copiii nevăzători prezintă mai des tulburări de citire pentru că ei nu au acces la o gamă foarte variată de stimuli de tipul ilustrațiilor, cărților de colorat, ziarelor și revistelor etc. O altă cauză a apariției dificultăților de citire și scriere este faptul că acești copii nu au fost expuși de timpuriu la textul scris. De aceea, majoritatea copiilor dislexici au dificultăți în a-și compune propriile texte (Barlow-Brown și colab., 2006).

Erorile de citire și scriere la copiii nevăzători

În comparație cu copiii fără dizabilități, există o gamă mult mai variată de greșeli specifice tulburărilor de scris-citit la nevăzători (Arter, 1998). În cele ce urmează se prezintă o sinteză a literaturii de specialitate legată de problematica tulburărilor de citire-scriere la copiii cu dizabilități vizuale: Roth (1973); Verza

(1983, 2003) și Arter (1998; Stoner și colab., 2009).

Înainte de a prezenta aceste erori, se va realiza o scurtă descriere a alfabetului Braille.

Toate semnele și literele se formează prin combinații de puncte în cadrul unui grup de 6 puncte, care se numește „grup fundamental” sau „semn fundamental” și constituie „unitatea de măsură” pentru toate operațiile în cadrul sistemului Braille.



Fig. 1. Grupul fundamental din sistemul Braille

Acest câmp de 6 puncte permite 63 de combinații sau permutări de puncte, un număr suficient pentru a reda literele și semnele oricărei limbi în mod clar și diferențiat.

O clasificare a erorilor disgrafice la copiii nevzători a fost făcută de Argyropoulos, (2006) în urma unui experiment realizat pe un eșantion de șaisprezece copii din Atena. În urma acestui experiment, el a constatat că ar exista două tipuri mari de erori: erori de tip fonologic și erori de tip nonfonologic. Erorile de tip nonfonologic, la rândul lor, sunt împărțite în două subcategorii: erori lexicale și erori morfologice.

Erorile de tip fonologic sunt acelea care schimbă imaginea acustică a cuvântului. Astfel de erori ar putea fi omisiuni de litere, adăugiri de litere, reîntoarcerea la cuvinte anterioare, adăugiri sau omisiuni de silabe.

Erorile de tip nonfonologic nu alterează reprezentarea auditivă a cuvântului. Autorul consideră că pentru a evita erorile lexicale, elevii trebuie să memoreze cuvintele așa cum sunt ele scrise în cărți, iar pentru a evita erorile morfologice, elevii trebuie să memoreze regulile de scriere și să le aplice în sarcinile școlare de scriere (reguli de adăugare a prefixelor și sufixelor, formarea pluralului).

Așadar, copiii dislexo - disgrafici nevzători pot face erori precum:

– confuzii de litere și cifre. De exemplu, copiii nevzători fac confuzii între: E (punctele 1, 5) și I (punctele 2, 4); D (punctele 1, 4, 5) și F (punctele 1, 2, 4); H (punctele 1, 2, 5) și J (punctele 2, 4, 5) etc. De exemplu, în loc de „fată” copiii scriu „dată”; în loc de „jar” scriu „har” etc.

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k
⠁	⠃	⠉	⠙	⠑	⠋	⠗	⠓	⠊	⠚	⠅
l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v
⠌	⠍	⠎	⠕	⠏	⠑	⠗	⠋	⠓	⠜	⠞
w	x	y	z							
⠪	⠭	⠽	⠿							

Fig. 2 Litere alfabetului în sistem Braille

– dificultăți în copierea unui text sau în scrierea unei dictări. De multe ori, copiii adaugă grafeme la sfârșitul cuvântului când acestea se găsesc și la începutul cuvântului următor. De exemplu, repetarea unor silabe în interiorul cuvântului (*plângegeau*), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări, repetarea unor cuvinte, și în fine, repetarea ultimelor silabe;

- dificultăți în pronunțarea unor sunete, ceea ce cauzează și scrierea greșită a acestora. De exemplu, sunetul Ș este pronunțat ca și S;
- dificultăți în îndeplinirea sarcinilor;
- nu termină de scris ideea începută sau se opresc frecvent să modifice sau să corecteze ceea ce au scris, reîntoarceri frecvente pe același rând;
- dificultăți în trecerea pe următorul rând sau în urmărirea unui text, în cazul citirii în grup.

Verza (1983, 2003) grupează erorile de tip dislexic astfel: repetarea cuvântului, înlocuirea cuvântului mai frecvent cu un alt cuvânt apropiat ca sens și semnificație, înlocuirea cuvântului cu grupuri de sunete cu sens sau chiar fără sens, omisiunea literelor, a silabelor și a cuvântului, adăugarea de litere și cuvinte, pronunțarea defectuoasă a literelor și cuvintelor (mai cu seamă, la cei care prezintă și dislalie), nerespectarea intonației și accentului, silabisirea, omiterea ori repetarea rândurilor etc.

Corectarea tulburărilor de citit-scris

Terapia tulburărilor dislexo-disgrafice ar trebui să înceapă cât mai de timpuriu și odată cu identificarea existenței tulburărilor de limbaj.

În corectarea acestor tulburări există mai multe *etape*:

Depistarea și diagnosticarea. Logopedul și, eventual, psihologul, observă comportamentul copilului și aplică instrumentar de specialitate pentru a identifica și diagnostica tulburarea de scriere. Datele obținute sunt condensate în vederea creionării unui profil de dezvoltare.

Munca cu familia copilului (când este posibil). Se urmărește în ce măsură este implicată familia în procesul de corectare a copilului lor. Familia va fi învățată să folosească sistemul Braille. Astfel, așa cum susține și Jalbert și colab. (2005), părinții pot să eticheteze fiecare obiect din casă, să pună în ordine obiectele personale ale copilului, să scrie scurte povestioare, să creeze cărți tactile, să comenteze situații întâmplătoare în casă, în oraș sau în vecinătate, iar apoi să le scrie. Părinții ar trebui să aloce zilnic timp pentru a lectura împreună cu copilul.

Aplicarea diverselor strategii, în funcție de caz. Astfel de strategii sunt (după Verza, 1983, 2007):

- exerciții pentru dezvoltarea musculaturii degetelor și a mâinii (prinderea și apucarea mingii, închiderea și deschiderea alternativă și ritmică a degetelor, apropierea și depărtarea degetelor, strângerea unei mingi de cauciuc, modelajul, trasarea contururilor diferitelor forme geometrice etc.);
- jocuri verbale cu sunete;
- exerciții linguale și de articulație;
- înregistrarea conversației sau lecturii făcute de copil;
- ascultarea acestor înregistrări și corectarea greșelilor, dar și identificarea secvențelor bine pronunțate;
- educarea și dezvoltarea auzului fonematic (recitarea cu voce tare și cu intonație a unor poezioare scurte, folosirea cuvintelor paronime care contribuie la diferențierea sunetelor asemănătoare ca pronunție și poziție a aparatului fono-articulator, de exemplu: pară – bară; lac – rac);

- educarea și dezvoltarea capacității de orientare și structurare spațială (exerciții de înțelegere a noțiunilor stânga-dreapta, sus-jos, mijloc, recunoașterea părților corpului, plasarea obiectelor în spațiu, găsirea poziției ocupate de diferite obiecte etc.);
- activitatea începe și se termină cu situații importante, legate de experiențele copilului, pentru a-l motiva. Copilul poate alege sunetul pe care vrea să-l învețe și logopedul / profesorul construiește cuvinte și sunete bazate pe experiențele lui și în funcție de dorințele copilului;
- pune accent pe experiențe și activități directe înaintea introducerii lecturii. În acest sens sunt utile jucăriile și obiectele în miniatură;
- jocuri de atenție: repetarea unor sunete, găsirea de diferite materiale (jucărioare, etichete cu texte scurte sau cuvinte și propoziții), ascultarea de înregistrări cu sunete diferite, exerciții de discriminare a sunetelor, ascultarea de povești;
- acordarea de feed-back. Se încurajează copilul în orice moment să-și corecteze greșelile, prin întărire și nu prin pedeapsă.

Corectarea dislexo-disgrafiilor se realizează într-un proces îndelungat, presupunând multe exerciții cu respectarea regulilor grafice și tehnice ajungând în cele din urmă la capacitatea de a le aplica în mod automatizat.

Studiu de caz

În continuare vom prezenta un studiu de caz al unei fete din clasa a II-a, de la

Liceul Special pentru Deficienți de Vedere din Cluj-Napoca, provenită dintr-un centru de plasament, care prezintă diagnosticul oftalmologic: Ambii ochi - pseudofakie de cameră posterioară, captură pupilară; Ochi stâng: opacefierea secundară a capsulei posterioare; Acuitate vizuală ambii ochi - percepe mișcarea mâinii.

În urma evaluării scris-cititului, dar și a limbajului oral s-au constatat următoarele:

- dificultăți în identificarea literelor;
- dificultăți de procesare auditivă,
- dificultăți în reperarea rândului de citit și a celui ce trebuie copiat;
- confuzii frecvente de litere: e-i, f-d, h-j, m-î;
- nu reușește să formeze cuvinte;
- la scriere, de asemenea, face confuzii între litere, omisiuni de litere;
- în sarcini de dictare întâmpină dificultăți de scriere și mai accentuate;
- dificultăți în orientarea pe placa de scris (nu identifică cu ușurință prima căsuță a rândului pe care trebuie să scrie);
- dificultăți în trecerea punctatorului de pe un rând pe celălalt.
- în reproducerea fonemelor pe bază de auz, precum și în pronunția independentă apar omisiuni de sunete (ex. „rană”, în loc de „hrană”, omite frecvent sunetele: „S”, „Z”, „C”, „G”).
- în reproducerea fonemelor pe bază de citire apar dificultăți, face frecvent omisiuni în pronunțarea cuvintelor

Observații: Motricitatea manuală este relativ bună. Totuși, există dificultăți în recunoașterea figurilor geometrice (pătrat, dreptunghi, cerc). Prezintă o

bună coordonare manuală (prinde și manipulează obiectele), dar nu înțelege noțiunile stânga, dreapta. Înțelege în schimb noțiunile sus, mijloc, jos. Fetiței îi place să deseneze (ea are resturi de vedere). De asemenea, motricitatea buzelor este bună. Este o fetiță hipersensibilă, anxioasă, uneori impulsivă, iritabilă, uneori nervoasă, agitată. Este emotivă, dar fără reacții dezadaptative. Este veselă, optimistă. Fetița lucrează lent, nu se încadrează în timp

În cadrul programului de intervenție considerăm că necesită exerciții pentru dezvoltarea organelor fono-articulatorii (pentru dezvoltarea motricității labiale și linguale). Un accent deosebit se va pune

pe dezvoltarea auzului fonematic. De asemenea, sunt necesare exerciții pentru corectarea tulburărilor de scris-citit. Remarcăm faptul că, prezentând deficit atențional și hiperactivitate, uneori realizează cu dificultate exercițiile logopedice. Precizăm faptul că nu vom insista pe educarea lateralității, deoarece, în cadrul evaluării, am observat că nu există probleme de lateralitate.

În tabelul următor vom prezenta etapele terapiei tulburărilor de scris-citit și mijloacele de realizare a obiectivelor fiecărei etape.

Tabel 1. Plan de intervenție personalizat

Etape	Obiective	Metode și mijloace de realizare	Criterii minimale de apreciere a progresului	Instrumente de evaluare
I. Etapa de prelexie și pregrafie	1. Pregătirea psihomotorie: educația mâinii dominante în citirea Braille, coordonarea mâinilor, pregătirea generală grafo-motrică.	Demonstrația față în față cu logopedul; Exercițiul	Executarea corectă a cel puțin cinci exerciții de mișcare ale brațelor, mâinilor, degetelor, exerciții de deschidere și închidere a pumnului, gimnastica pentru o mână și pentru ambele mâini.	Observarea, aprecierea verbală, verificarea orală.
2. Formarea conduitelor perceptiv-motrice	Să identifice și să denumească schema corporală atât pe propriul corp, cât și pe imaginile tactile; Să discrimineze tactil diferite forme, texturi, suprafețe.	Metode: exercițiul, demonstrația, conversația. Mijloace: planșe tactile reprezentând corpul uman; planșe tactile cu diferite forme, texturi, suprafețe	Identificarea și denumirea a cel puțin trei componente a corpului uman. Discriminarea tactilă a cel puțin trei forme, texturi, suprafețe.	Observarea comportamentului non-verbal. Aprecierea răspunsurilor prin calificative.
3. Dezvoltarea auzului	Identificarea și diferențierea vocii	Metode: conversația,	Identificarea și diferențierea vocii a	Aprecierea verbală prin calificative,

fonematic	unor persoane din mediul apropiat; Identificarea și diferențierea onomatopeelor produse de animale; Exerciții de diferențiere fonematică la nivelul cuvintelor („s”-„z”, „ș”-„j”, „r”-„l”, „c”-„g”). Exemplu: sar – zar; șoc – joc; rac – lac etc.	exercițiul, jocul; Mijloace: soft educațional TARA, Logopedix, planșe tactile reprezentând animale și ilustrând perechile de cuvinte paronime prezentate;	cel puțin trei persoane din mediul apropiat; Identificarea și diferențierea a cel puțin 5 dintre onomatopeele prezentate; Diferențierea a cel puțin două perechi de cuvinte paronime pentru fiecare dintre categoriile prezentate („s”-„z”, „ș”-„j”, „r”-„l”).	observarea comportamentului verbal și non-verbal.
II. Etapa inițierii în actul lexic și grafic				
1. Identificarea, reproducerea și însușirea literelor	Să identifice și să reproducă literele alfabetului Braille (reproducerea literelor mai întâi pe cutia cu popice, apoi pe placa de scris)	Metoda predării alfabetului Braille în versuri; conversația, exercițiul; Mijloace: cutia cu popice, placa de scris, modele scrise ale alfabetului Braille	Identificarea și reproducerea a 25 % dintre literele achiziționate;	Observarea, aprecierea verbală, verificarea orală și scrisă
2. Succesiunea literelor	Să efectueze corect exerciții de asociere fonem-grafem și invers; Să efectueze corect exerciții de analiză și sinteză a fonemelor în silabe și cuvinte.	Metoda fonetică, analitico-sintetică Mijloace: imagini tactile reprezentând cuvinte care conțin diferite foneme;	Efectuarea corectă a cel puțin 50% dintre exercițiile de asociere fonem-grafem și invers; Efectuarea corectă a cel puțin 50 % din exerciții de analiză și sinteză a fonemelor în silabe și cuvinte.	Observarea, aprecierea verbală, verificarea orală și scrisă
3. Specificul învățării grafo-lexice a vocalelor și a consoanelor	Să diferențieze vocalele și consoanele din punct de vedere fonetic și grafic	Comparația ortofonică, sonoră și grafică	Efectuarea corectă cel puțin cinci exerciții de diferențiere grafo-fonetică.	Observarea, aprecierea verbală, verificarea orală și scrisă
4. Automatizarea însușirii grafo-fonetice a literelor	Să identifice și să diferențieze literele alfabetului Braille; Să citească și să scrie literele Braille izolate	Identificare și discriminare a literelor, citire și scriere de litere separat	Scrierea și citirea corectă a cel puțin 60 % dintre literele Braille achiziționate.	Observarea, aprecierea verbală, verificarea orală și scrisă

III. Etapa învățării silabelor	Să compună și să descompună în scris și oral, silabe directe și inverse.	Analiză lexică și grafică	Efectuarea corectă a cel puțin 60% dintre exercițiile de compunere în scris și verbal a silabelor directe și inverse; Citirea și scriere corectă a cel puțin 60% din silabele cu și fără semnificație.	Observarea, aprecierea verbală, verificarea orală și scrisă
IV. Etapa însușirii cuvântului 1. Recunoașterea și reproducerea orală și scrisă a unui cuvânt	Să citească și să scrie corect cuvintele date	Repetiția după model, citirea cu voce tare a unor cuvinte conținând sunetele deficitare articulate.	Citirea și scrierea corectă a cel puțin 50% din cuvintele date.	Verificarea orală și scrisă
2. Despartirea corectă în silabe și scrierea corectă a cuvântului	Să despartă corect în silabe la sfârșitul rândului	Analiză lexico-grafică	Desparte corect în silabe 60% din cuvintele date (dictări, exerciții de citire și scriere corectă a cuvintelor)	Verificarea orală și scrisă
3. Citirea și scrierea diftongilor	Să recunoască și să scrie corect diftongii și triftongii în cuvinte.	Analiză lexico-grafică	Recunoaște și scrie corect 60% din diftongii și triftongii din exercițiile date.	Verificarea orală și scrisă
4. Citirea corectă și ritmată	Să citească corect	Exerciții de citire corectă și cu intonație a unor povestioare sau poezii scurte	Citirea orală	Verificarea orală
5. Scrierea și citirea cuvintelor cu ridică dificultăți	Să respecte regulile de scriere a cuvintelor ce conțin „ă”, „î” și cuvinte ce conțin „m” înainte de „p” și „b”, respectând în același timp spațiul adecvat dintre cuvinte.	Exerciții de citire și scriere	Scrierea și citirea corectă a 50% dintre cuvintele care se scriu cu „ă”, „î”, precum și a cuvintelor cu „m” înainte de „p” și „b”, respectând spațiul adecvat între cuvinte.	Verificarea orală și scrisă
V. Etapa însușirii propozițiilor 1. Recunoașterea și reproducerea propozițiilor	Să copieze propoziții date; Să alcătuiască și să scrie propoziții simple după imagini date;	Analiză lexică și grafică	Copierea corectă în proporție de 85 % a propozițiilor date; Alcătuirea corectă în proporție de 85% a propozițiilor.	Verificarea scrisă
2. Consolidarea propozițiilor	Să scrie corect propoziții după	Analiză lexică și grafică	Copierea corectă a propozițiilor în	Verificarea scrisă

	dictare;		proporție de 85%.	
VI. Etapa textelor				
1. Scrierea unor texte scurte	Să copieze și să scrie după dictare texte scurte; Să scrie poezii după autodictare; Să scrie texte scurte pornind de la imagini date;	Exerciții de copiere și scriere a unor texte scurte;	Copierea și scrierea corectă după dictare și autodictare a unor texte scurte, în proporție de 75%. Alcătuirea după imagini a unor texte din cel puțin cinci propoziții.	Verificarea scrisă
2. Citirea unor texte scurte	Să citească corect, coerent și cu intonație, scurte povestioare;	Exerciții de citire orală și în gând,	Citirea corectă a propozițiilor, respectând intonația	Verificarea orală și scrisă
3. Perfecționarea citit-scrisului	Să utilizeze corect strategii ca: citirea unor imagini din cărțile prebraille, citit-scrisul selectiv, citirea simultană și scrisul sub control, copiere, dictare, compunere liberă sau cu început dat.	Exerciții de citire orală și în gând, rezumare de text; Mijloace: Cărți prebraille	Utilizarea a unor strategii precum: citirea unor imagini din cărțile prebraille, citit-scrisul selectiv, citirea simultană și scrisul sub control, copiere, dictare, compunere liberă sau cu început dat, cu o corectitudine de 85% în citire și scriere.	Verificarea orală și scrisă.

Intervenția s-a desfășurat pe parcursul a cinci luni, o dată pe săptămână.

În urma intervenției, am constatat unele progrese ce constau în:

- exprimarea mult mai bună;
- folosirea unei game mult mai variate de cuvinte.
- percepția tactil-kinestezică este mult mai funcțională;
- înțelegerea mai bună a noțiunilor „stânga” și „dreapta”;
- identificarea diferitelor forme geometrice.
- asocierea mai bună a fonemelor și literelor;
- legarea fonemelor între ele pentru a forma cuvinte;
- formularea de propoziții scurte.

Concluzii

În elaborarea acestui studiu de caz ne-am inspirat atât din literatura de specialitate în acest domeniu, cât și din experiența proprie în ceea ce privește scrierea și citirea alfabetului Braille. Ca direcție de studiu desprinsă pe baza acestui material este identificarea câteva modalități de prevenire ale dificultăților de citire și scriere Braille la copiii de vârstă mică.

Bibliografie

- Arter, C. (1998). Braille Dyslexia – Does it Exist? *British Journal of Visual Impairment*, 16/2, 61-66.
- Argyropoulos, V. S., Martos, A.C. (2006). Braille Literacy Skills: an analysis of the Concept of Spelling. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 100, 676-686.

- Bălaș-Baconschi, C. (2008). *Psihopedagogia copiilor cu dificultăți de învățare. Suport de curs*; Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.
- Coppins, N., Barlow-Brown, F. (2006). Reading Difficulties in Blind Braille-Reading Children. *British Journal of Visual Impairment*, 24, 37-39.
- Bréchet, C. (2007). *Dyslexie, dysorthographe, dyscalculie. Bilan des données scientifiques*, Paris: Éditions Inserm.
- Burlea, G. (2007). *Tulburările limbajului citit-scris*, Iași: Editura Polirom.
- Clark-Bischke, C., Stoner, J. B. (2009). An Investigation of Spelling in the Written Compositions of Students Who Read Braille. *Journal of Visual Impairment*, 103 (10), 553-563.
- Demonet, J-F., TAILOR, M.J., Chaix, E. (2004). *Developmental Dyslexia*, London: The Lancet.
- Guțu, M. (1974). *Logopedia. Curs Litografiat*: Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.
- Jalbert, Y., Champagne, P. (2005). *Le développement de la conscience de l'écrit chez l'enfant aveugle âgé de 0 à 5 ans*. Institut Nazareth et Louis Braille, <http://www.inlb.qc.ca/wp-content/uploads/2015/01/DeveloppementConscienceEcritChezEenfantAveugle.pdf>.
- Lishman, W.A. (2003). Developmental Dyslexia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74, 1603.
- Van Hout, A., Estienne., F. (2001). *Les dyslexies. Décrire, évaluer, expliquer, traiter*. Paris: Masson.
- Verza, E. (1983). *Disgrafia și terapia ei*, București: Editura Didactică și Pedagogică.
- Verza, E. (2003). *Tratat de logopedie* (vol. I.), București: Editura Humanitas.

¹ Profesor limba engleză/franceză Liceul Special pentru Deficienți de Vedere, Cluj-Napoca.E-mail:dana.bartha@gmail.com

Terapia tulburărilor de limbaj derulată online

Dorina Anca TALAȘ¹

Abstract

This article presents the major aspects regarding telepractice for speech and language therapy. The telepractice is defined according to ASHA, 2015 and the results some researchers made in the telepractice field are presented. The studies presented recommend telepractice in aphasia, apraxia, dysarthria, voice disorders, dysphagia, fluency and voice disorders, language disorders diagnosis, articulation disorders. Caution is needed when working with severe cases. A classification of online therapy services is presented and online sessions are described. The advantages and disadvantages of using online speech and language therapy are discussed. It is important for the therapists to analyze each case with the family and to identify the best intervention possible for that case.

Keywords: online therapy, speech and language therapy, telepractice, distance therapy

Introducere

Evoluția societății influențează modul în care comunică elevii și adulții, comunicarea prin intermediul tehnologiilor informaționale și comunicaționale câștigă tot mai mult teren în fața mijloacelor tradiționale de comunicare. Calculatorul îi motivează pe copii să rezolve diferite sarcini care facilitează dezvoltarea abilităților de comunicare.

În SUA terapia limbajului la distanță este acceptată și promovată de către ASHA și câștigă tot mai mult teren în rândul specialiștilor și al pacienților. În România există puțini specialiști care oferă servicii de terapia limbajului la distanță, prin intermediul dispozitivelor mobile, aceste ședințe se adresează în special copiilor care au fost implantați cohlear, dar nu există studii care să prezinte rezultatele acestor ședințe.

Primul document care atestă începerea terapiei la distanță este din mijlocul anilor 1970 de la Spitalul Birmingham VA care propunea această modalitate de

comunicare cu pacienții aflați la mare distanță. Clinicienii ofereau servicii telefonic și prin intermediul unor dispozitive care permitea vizionarea de filme, ofereau materiale sub formă de ghiduri și casete audio pentru exersarea unor abilități.

Cui se adresează terapia limbajului online?

Terapia limbajului online (telepractice) se adresează copiilor/adulților cu diferite tulburări ale limbajului care locuiesc în mediul rural sau în diferite locații în care nu există terapeuți ai limbajului, copiilor/adulților aflați în altă țară care doresc să își dezvolte abilitățile de comunicare în limba maternă și care nu beneficiază de serviciile unui terapeut al limbajului.

„Telepractice” reprezintă un model adecvat de servicii oferit de terapeuții limbajului. Acest tip de servicii poate fi utilizat pentru a depăși unele bariere care apar: accesul limitat datorită distanței, absența specialiștilor și dificultățile de deplasare. Telepractice oferă posibilitatea de a extinde serviciile de terapie a

limbajului la distanță, în mediul rural, precum și populației care provine dintr-un mediul cultural și lingvistic divers.” (ASHA, 2005). Conform rezultatelor publicate de ASHA 2% dintre terapeuții limbajului și 5% dintre audiologi oferă servicii online.

Definirea termenilor

Există diferiți termeni acceptați de ASHA precum: teleaudiologie, teleterapie sau telereabilitare (American Telemedicine Association, 2010). Terapia online (Telepractice) implică utilizarea tehnologiilor telecomunicaționale pentru a oferi servicii specializate de terapia limbajului și audiologie la distanță prin realizarea conectării dintre pacient și terapeut pentru evaluare, intervenție și/sau oferire de consultanță. Terapeutul oferă servicii de evaluare, intervenție și/sau de consultanță. (ASHA, 2015). În fig. 1. este schițată această definiție așa cum o prezintă Michael Towey (2010).

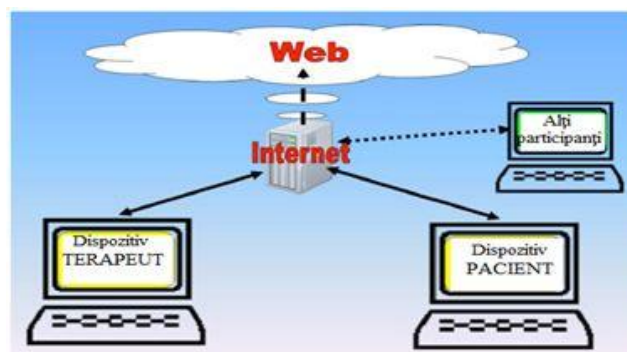


Figura 1. Reprezentarea terapiei limbajului online preluat după Michael Towey (2010) <http://telerehab.pitt.edu/ojs/index.php/Telerehab/article/viewFile/6112/6414>

În tabelul 1 sunt prezentate rezultatele și observațiile înregistrate de diferiți cercetători în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj derulate online.

Tabelul 1. Rezultatele și observațiile unor cercetători în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj derulate online prezentate de Edwards, M. Stredler-Brown, A. Houston, K. T. (2012)

Tabelul 1. Rezultatele și observațiile unor cercetători în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj derulate online prezentate de Edwards, M. Stredler-Brown, A. Houston, K. T. (2012)

Tulburarea de limbaj	Cercetători	Pacienți	Etapa	Rezultate/Observații
Afazie	Brennan, Georgeadis, Baron și Barker (2004)	40 de pacienți cu leziuni cerebrale	Evaluare	Nu există diferență semnificativă între testarea față în față și testarea online.
	Palsbo (2007)	24 pacienți	Evaluare	Un singur caz diagnosticat cu afazie severă necesită examinare față în față. Nu s-au înregistrat dificultăți la testarea online.

Tulburarea de limbaj	Cercetători	Pacienți	Etapa	Rezultate/Observații
Apraxie	Hill, Theodoros, Russell, și Ward (2009)	11 pacienți	Evaluare	Nu există diferențe semnificative între evaluarea față în față și evaluarea online. Au fost întâmpinate unele dificultăți în cazurile severe de apraxie.
Dizartrie	Hill, Theodoros, Russell, and Ward (2009)	24 pacienți	Evaluare	Există concordanță între răspunsurile evaluatorilor care au realizat evaluarea în cele două condiții de evaluare: față în față și online la 80% - 100% dintre răspunsuri
Tulburări de voce	Mashima et al. (2003)	51 pacienți	Terapie	Nu există diferențe semnificative între evaluarea față în față și evaluarea online.
	Theodoros et al. (2006)	10 pacienți diagnosticați cu Boala Parkinson	16 ședințe de terapie online	Rezultatele relevă îmbunătățiri la nivelul prelungirii vocalelor, cititului, conversației și intonației.
	Howell and colleagues (2009)	3 pacienți cu Boala Parkinson	Terapie online și față în față	Progres semnificativ păstrat în timp la nivelul fonației, citirii și conversației în ambele condiții.
	Constantinescu et al. (2011)	34 pacienți cu Boala Parkinson	Terapie	Progres semnificativ la ambele grupe, fără să apară diferențe semnificative între participanții la ședințe online și cei care au participat la ședințe față în față.
Disfagia	Ward and colleagues (2009)	11 pacienți cu laringectomie	Evaluare	Rezultatele sunt acceptate în ambele condiții
	Ward, Sharma, Burns, Theodoros, Russell (2011)	40 pacienți diagnosticați cu disfagie	Evaluare	Rezultatele sunt acceptate în ambele condiții cu mențiunea că pentru un diagnostic complex se recomandă evaluarea față în față.

Tulburarea de limbaj	Cercetători	Pacienți	Etapă	Rezultate/Observații
Tulburări de fluentă a vorbirii	Sicotte, Lehoux, Fortier-Blanc, & Leblanc (2003)	6 pacienți	Terapie	S-a înregistrat o diminuare a disfluențelor ca urmare a terapiei online.
Diagnosticarea tulburărilor de limbaj	Waite, Cahill, Theodoros, Russell, and Busuttin (2006)	6 copii ce prezentau tulburări ale limbajului		Specialiștii au obținut aproximativ aceleași rezultate 91-100% în ambele situații: față în față și la distanță.
	Waite, Theodoros, Russell, & Gahill (2010)	24 de copii	Evaluare	S-a constatat că nu există diferențe semnificative între rezultatele înregistrate în cele două condiții.
	Waite, Theodoros, Russell, & Gahill (2010)	20 de copii	Evaluare	Nu au existat diferențe semnificative între evaluarea față în față și evaluarea la distanță.
Tulburări de articulare	Waite and colleagues (2006) Grogan-Johnson and colleagues (2010)	Elevi din Australia Elevi din SUA	Terapie	Copiii din cele 2 grupe au înregistrat progres semnificativ atât în urma ședințelor față în față cât și în urma ședințelor online desfășurate în cadrul școlii.

Clasificarea serviciilor de terapie la distanță

O clasificare a serviciilor de terapie la distanță poate fi făcută în funcție de conectarea la internet în timpul terapiei, respectiv în funcție de participarea în timp real a terapeutului și a pacientului în cadrul ședințelor de terapie. Sunt identificate astfel două tipuri de servicii de terapie a limbajului la distanță:

- Servicii oferite în timp real (online) – terapeutul comunică direct cu pacientul. Prin intermediul unor platforme specializate, terapeutul comunică direct cu pacientul, îi oferă suport audio și vizual, cu feedback imediat.
- Servicii oferite offline – prin înregistrarea unor sesiuni. Terapeutul

oferă modele video pe care pacientul le urmează, în funcție de disponibilitate. Există situații în care terapeutul se află într-o altă țară în care fusul orar este foarte diferit de țara în care se află pacientul, motiv pentru care se optează pentru acest tip de servicii. Pacientul, la rândul său, poate să se înregistreze video și să trimită filmulețele terapeutului pentru a obține un feedback.

Modul de desfășurare a ședințelor de terapie online

Pentru a începe o ședință de terapie a limbajului online este nevoie ca atât terapeutul cât și persoana cu tulburări de limbaj să aibă acces la un calculator sau o tabletă conectată la internet, un microfon și căști sau boxe care să faciliteze transmiterea și receptarea mesajelor

orale. Terapeutul comunică cu copilul prin intermediul unui program online (ex. Skype) sau a unei platforme care permite realizarea interacțiunii audio-video. În timpul ședinței terapeutul și copilul se aud, se văd și interacționează, comunică. Părintele sau aparținătorul facilitează comunicarea copilului cu terapeutul, oferă indicații suplimentare copilului și intervine dacă apar unele probleme de natură tehnică. Prin participarea directă a părintelui sau aparținătorului la aceste ședințe de terapie on-line, părintele sau aparținătorul învață diferite metode și tehnici pe care le va exersa împreună cu copilul și în alte contexte.

Condiții optime pentru desfășurarea ședințelor de terapie limbajului online

Dispozitivele tehnologice

Acestea includ calculatorul sau tableta conectată la internet de mare viteză (daca viteza internetului este redusă, semnalul auditiv și vizual este sacadat), căștile/boxele și microfonul sunt absolut necesare în terapia limbajului desfășurată online.

Claritatea semnalului sonor poate fi influențată de acoperirea pereților/podelelor cu un material anti-fonic.

Organizarea spațiului

Crutchley et al. (2012), Major (2005) subliniază importanța utilizării unei încăperi spațioase care să permită pacientului/terapeutului realizarea unor mișcări care să permit dezvoltarea motricității grosiere. Materialele vor fi organizate pentru a permite terapeutului

să le utilizeze fără prea mult efort în timpul terapiei online.

Major (2005) evidențiază efectul pe care îl are lumina în cadrul videoconferinței. Dacă lumina este direcționată spre fața terapeutului/pacientului, imaginea video va fi mai clară. Se recomandă culorile neutre; albastru deschis este recomandată ca fiind o culoare ideală de fundal. Se recomandă să nu existe prea mulți stimuli în fața camerei video (deși unii clinicieni preferă să aibă poziționat în spate numele clinicii la care sunt angajați).

Accesul la diferite platforme care permit realizarea unor ședințe de terapie a limbajului online:

- Cisco WebEx
- Video Conference Platform Polycom
- Tandberg MXP Platform
- Oovoo
- Zoom
- Blackboard Collaborate Launcher

Aceste platforme permit accesarea simultană a materialelor:

- soft-uri terapeutice
- aplicații
- materiale scanate
- imagini
- secvențe video

Există diferite programe care permit elaborarea unor materiale vizuale care facilitează atingerea unor obiective specifice terapiei limbajului. Printre aceste programe se regăsesc și programele Go Animate, Animoto și Toca Boca.

Alți factori care influențează modul de desfășurare a terapiei limbajului desfășurată online:

- Atenția copilului (cât timp reușește să se focalizeze în sarcină);
- Nivelul de comprehensiune verbal;
- Abilitățile auditive ale copilului;
- Abilitățile vizuale ale copilului;
- Inteligibilitatea vorbirii copilului;
- Comportamentul copilului în sarcină;
- Copilul trebuie să se simtă confortabil cu tehnologiile;
- Dexteritate manuală (operarea tastaturii) a copilului/pacientului;
- Dorința/disponibilitatea familiei și a pacientului de a utiliza telepractica;
- Considerente de natură culturală/lingvistică;
- Accesul și disponibilitatea resurselor;

Avantajele și dezavantajele terapiei limbajului desfășurate online

Ședințele de terapie pot fi înregistrate și trimise aparținătorilor pentru a le vizualiza de mai multe ori. Terapeutul poate monitoriza și examina răspunsul pacientului de câte ori este necesar pentru a fixa noi obiective și pentru a selecta noi materiale pentru ședința următoare.

Copiii sunt motivați să răspundă întrebărilor adresate prin intermediul calculatorului sau tabletei, aproape orice activitate realizată la calculator este percepută de către aceștia ca un joc.

Adulții preferă să realizeze ședințele de terapie în confortul propriei locuințe, fără să se mai deplaseze la cabinetul terapeutului.

Costurile acestor ședințe sunt identice cu cele practicate în ședințele față în față. Rezultatele unui studiu realizat de ASHA în 2002 la care au participat 3186 de audiologi și 2709 terapeuți ai limbajului

demonstrează faptul că 11% dintre participanți au utilizat terapia online, iar aproape jumătate dintre participanți, respectiv 43% sunt interesați să utilizeze această metodă în viitor.

Individualizarea materialelor în funcție de particularitățile de vârstă și individuale este un alt beneficiu al acestui tip de terapie. Terapeutul are în permanență acces la imagini, materiale audio și video precum și la rezultatele evaluărilor precedente.

Michael P. Towey (2012) prezintă exemplul unui pacient care în urma unui AVC a beneficiat de ședințe de terapie limbajului online. Pacientul locuia în India în mediu rural, iar fiica acestuia locuia în Anglia și participa la toate ședințele de terapie. Cea mai mare inconveniență era diferența de fus orar -12 ore, dar pacientul a înregistrat mari progrese în urma ședințelor de terapie limbajului desfășurate online.

Principalele dezavantaje care apar în momentul practicării terapiei limbajului desfășurate online sunt contactul fizic și vizual redus dintre pacient și terapeut, poziția mai mult statică a pacientului, distribuirea resurselor materiale – exemplu: unele jocuri. Dacă pacientul sau aparținătorii nu au cunoștințe și deprinderi în domeniul tehnologiilor pentru a accesa diferite platforme, programe sau materiale absolut necesare în desfășurarea ședințelor de terapie limbajului pot să apară dificultăți majore în comunicare și în terapie.

Concluzii

Există tot mai mulți specialiști care recurg și la terapia limbajului la distanță deoarece copilul poate beneficia de un

număr mai mare de ședințe, timpul irosit pentru a se deplasa dintr-o localitate în alta, precum și costurile mari datorate deplasării dispar. Desigur, există și situații în care acest tip de terapie nu se pliază pe nevoile copilului ce prezintă tulburări de limbaj și nu se poate generaliza această modalitate de interacțiune online a terapeutului cu persoana cu tulburări ale limbajului. Se recomandă analizarea fiecărui caz în parte și punerea în balanță a beneficiilor pe care le are persoana în urma recomandării acestei terapii, dar și a unor posibile bariere care pot să apară. Terapia limbajului online este o alternativă viabilă la terapia față-în-față, dar nu se recomandă înlocuirea terapiei față-în-față cu terapia online, așa cum sunt de părere și Heimerl & Rasch (2009).

Bibliografie

- Crutchley, S., Dudding, C.C., Grogan-Johnson, S. & Alvares, R. (2010, November). *School-based telepractice needs assessment, establishing telespeech in the educational setting*. Short course presented at ASHA National Convention, Philadelphia, PA.
- Crutchley, S., Campbell, M., & Christiana, D. (2012). Implementing a school-based telepractice program. *Perspectives on Telepractice*, 2(1), 31-41.
- Edwards, M., Stredler-Brown, A. Houston, K. T. (2012) Expanding Use of Telepractice in Speech-Language Pathology and Audiology, *The Volta Review*, Volume 112 (3), Winter 2012, 227-242
- Heimerl, S., & Rasch, N. (2009). Delivering developmental occupational therapy consultation services through telehealth. *Developmental Disabilities Special Interest Section Quarterly*, 32, 1-4.
- Houston, KT. (2014). *Telepractice in speech-language pathology*, Plural Publishing, San Diego
- Major, J. (2005). Telemedicine room design. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, 10-14.
- Towey, Michael P. (2012). Speech Telepractice: Installing a Speech Therapy Upgrade for the 21st Century. *International Journal of Telerehabilitation*. Vol 4, No 2 2012 doi: 10.5195/ijt.2012.6112
- American Speech-Language Hearing Association (ASHA) (2005). <http://www.asha.org/practice/telepractice/>

¹ Cadru didactic asociat, Dr., Departamentul de Psihopedagogie Specială, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca; E-mail: tdorina@yahoo.com

Tulburări de vorbire în accidente vasculare cerebrale (AVC)

Elena Lăcrămioara BUZZO (PRIHOI)¹

Abstract

The focus of this article is on aphasia, establishing the main assessing and intervention directions after stroke (cerebrovascular accident- CVA). The approach is formulated starting from a theoretical background which states the main causes of aphasia and the main language and speech features in aphasic persons. A case study report reflects in a practical way the specificity of the speech and language therapy approach, underlining the importance of team work in order to ensure relevant progresses in this context.

Keywords: motor aphasia, sensorial aphasia, anomia, cerebrovascular accident- CVA, mixed aphasia

Definim afazia ca o tulburare a limbajului caracterizată printr-o apariție bruscă a unei leziuni la nivelul SNC, după ce limbajul verbal a fost constituit, ce se manifestă prin imposibilitatea de a înțelege sau a elabora limbajul vorbit sau scris. Astfel, afazia este un simptom al leziunii circuitelor cerebrale implicate în elaborarea limbajului scris sau vorbit. Etimologic, termenul afazie provine din grecescul "aphatos" = lipsit de cuvinte, mut (Crăciun, 2009).

O caracteristică evidentă la pacienții afazici este modificarea de discurs spontan, ce se observă chiar după prima întâlnire cu pacientul. Se pot defini astfel două tipuri de pacienți: pacienții afazici fluenți și pacienții afazici nonfluenți. Afaziile fluente sunt denumite și afazii receptivă, cu debit verbal bogat, în care sunt înglobate afazia Wernicke, afazia transcorticală senzorială, afazia de conducere, anomia (afazia amnestică) și afaziile non-fluente sau afazii expresive, cu debit verbal redus: afazia Broca, afazia transcorticală motorie, afazia globală (Crăciun, 2009).

Diagnosticul unei afazii se stabilește în urma examenului limbajului vorbit și scris, care cuprinde: vorbirea spontană, vorbirea repetată, denumirea obiectelor și situațiilor, înțelegerea cuvintelor și frazelor, lectura, scrisul spontan sau dictat, completat de un examen neurologic amănunțit și de diverse metode de investigație neuroradiologice. Pentru depistarea tulburării afazice se poate utiliza testul Token ce servește la diferențierea între tulburările de vorbire afazice și cele de altă natură. Diagnosticul se va realiza pe baza mai multor „baterii” de teste verbale și non-verbale, care reflectă concepțiile autorilor respectivi asupra afaziei (Calomfirescu, 1996).

Programul de reabilitare post accident vascular cerebral este constituit din totalitatea procedurilor care ajută la recuperarea fizică și psihică a pacienților care au suferit un accident vascular cerebral. Reabilitarea trebuie instituită cât mai curând posibil, pentru a asigura reluarea activităților obișnuite ale persoanei.

Metodele de rehabilitare după un accident vascular cerebral diferă de la o persoană la alta, însă au același scop și anume:

- dobândirea unui status funcțional care să ofere independența și ajutor minim din partea celorlalte persoane;
- acomodarea fizică și psihică a persoanei cu schimbările determinate de accidentul vascular cerebral;
- integrarea corespunzătoare în familie și comunitate.

În cazul accidentului vascular cerebral, procesul de terapie limbajului și a comunicării nu se rezumă doar la corectarea tulburărilor de limbaj, ci și la susținerea pacientului din punct de vedere afectiv și motivațional. Terapeutul limbajului are un rol important în încurajarea pacientului și înlăturarea stării de negativism față de întregul proces de recuperare (tratament medicamentos, kinetoterapie, logopedie etc.). Din momentul declanșării patologiei, pacienții se află în imposibilitatea de a se deplasa, de a se autoservi și de a comunica. Majoritatea celor care au suferit accident vascular cerebral vor trebui să învețe din nou să vorbească, să scrie și să citească. În opinia specialiștilor, pentru mulți, incapacitatea temporară poate părea mai mare decât este și starea de deznădejde poate fi un factor agravant, care să împingă bolnavul în depresie.

Terapia afaziei are scopul de a îmbunătăți capacitatea unei persoane de a comunica prin sprijinirea lui de a-și folosi abilitățile lingvistice rămase, de a restaura abilitățile lingvistice cât mai mult posibil, de a compensa învățând alte metode de comunicare. Terapia individuală se

concentrează pe nevoile specifice ale persoanei, în timp ce terapia de grup oferă oportunitatea de a utiliza noi abilități de comunicare într-un cadru de grup mic. Implicarea familiei este adesea o componentă esențială de tratament pentru bolnavul afazic, astfel încât membrii familiei pot învăța cel mai bun mod de a comunica cu acesta.

Terapia logopedică are la bază anumite principii de care trebuie să se țină cont în cadrul actului terapeutic. În cazul unui pacient cu accident vascular cerebral (ischemic sau hemoragic) este foarte important ca terapia să înceapă imediat ce pacientul are semne vitale stabile (principiul intervenției precoce). Nu se recomandă amânarea intervenției, în ideea de a nu-l obosi. Un alt principiu important este acela al reevaluării și reproiectării permanente a intervenției logopedice, în funcție de rezultate și de starea psihică a pacientului – deoarece pot apărea o mulțime de factori care pot duce la modificarea programului individualizat de terapie (Chinellato, 2007).

Logopedul ajută pacientul să identifice propriile resurse și să le dinamizeze, ajungându-se astfel la efectul dorit (îmbunătățirea funcției deficitare a limbajului și chiar recuperarea totală).

Reguli de comunicare cu persoana care prezintă afazie:

- folosirea propozițiilor simple;
- utilizarea unui ritm lent de vorbire;
- nu trebuie să se strige (afazicul are auzul intact);
- în timpul convorbirilor trebuie susținut contactul vizual;
- trebuie amplificate gestică și mimica;

- convorbirile în grup îi suprasolicită pe afazici;
- trebuie evitate discuțiile despre pacient atunci când acesta este de față;
- se acordă atenție intenției de a comunica (conținutul este mai important decât forma corectă a mesajului);
- pacientul nu trebuie corectat permanent;
- trebuie evitate întrebările deschise cu „sau” și folosite întrebările cu „da” sau „nu”;
- pacientul nu trebuie provocat să demonstreze în fața altor persoane realizările, respectiv progresele pe care le-a făcut în vorbirea sa;
- pacientul trebuie stimulat și încurajat să vorbească prin toate modalitățile;
- în timpul convorbirilor trebuie evitate zgomotele de fond (de exemplu radioul, televizorul, zgomotele de afară);
- trebuie îmbunătățită comunicarea prin folosirea imaginilor (Chinellato, 2007).

Terapia debutează cu exerciții specifice, prin care pacientul reînvăță să-și controleze respirația și musculatura aparatului fono-articular (buze, limbă, obraji, palat moale, luetă, corzi vocale). În momentul în care pacientul își poate coordona mușchii implicați în actul vorbirii, se trece la emiterea de sunete – la început cu ajutorul logopedului, apoi singur. După care urmează pronunția silabelor de două, trei și patru sunete, cuvinte, propoziții.

Prezentare studiu de caz

Studiul de caz descrie terapia de recuperare a limbajului în cazul unui pacient de 47 ani, inginer, gen feminin,

diagnosticat cu: AVC ischemic carotidian stâng cu hemipareză de remisie și afazie motorie. Având în vedere mutația genei MTHFR există risc procoagulant crescut. Prin urmare se indică medicație anticoagulantă orală cu INR (international normalized ratio) țintă între 2-3 (reprezintă o analiză care explorează capacitatea de coagulare a sângelui unui pacient). Intervenția a fost rapidă, iar diagnosticul la externare era: hemipareză dreaptă frustă și afazie mixtă predominant expresivă post accident vascular cerebral ischemic în teritoriul arterei cerebrale medii stângi; mutație homozigotă MTHFR; hipotiroidism în tratament de substituție; hepatită cronică virală C.

Epicriza: pacienta cu AVC ischemic în teritoriul arterei cerebrale medii stângi (superficial) în ianuarie 2015, trombolizat în fereastra temporală optimă sub 3 ore, cu modificare homozigotă a genei MTHFR și hipotiroidism în tratament, se internează pentru deficit motor hemicorp drept și tulburare de limbaj pe fondul evenimentului vascular cerebral.

Recomandări: regim igienico-dietetic, evitarea efortului fizic, continuarea gimnasticii medicale și logopedie la domiciliu, consult neurologic peste 6 luni sau la nevoie, consult endocrinologic periodic, consiliere psihologică, monitorizare INR (international normalized ratio).

În timpul spitalizării urmează tratamentul medicamentos adecvat, terapie de recuperare, terapie logopedică. Evoluția neurologică este una favorabilă.

Prima evaluare logopedică a fost realizată la 3 zile după accident. Funcțiile expresive

(vorbirea provocată, vorbirea automată, vorbirea repetată, denumirea) erau afectate, pacienta nereușind să se exprime verbal. În schimb, funcțiile receptive erau aproximative, reușind să arate obiectele cerute, să explice gestual un cuvânt, să execute ordine verbale. Pacienta prezintă pentru început o afazie mixtă (înțelegerea parțială a mesajului primit și dificultăți de coordonare a musculaturii aparatului fono-articulator) cu imposibilitatea emiterii sunetelor și apraxie buco-liguală. În urma tratamentului, pacienta decodează corect mesajul, reușește să comunice gestual cu cei din jur, afazia rămânând predominant motorie, de expresie.

La cea de-a doua evaluare, după 5 zile, pacienta a răspuns mult mai bine și cu mai mare ușurință itemilor. Capacitatea de concentrare și rezistența la efort a fost mult mai bună. Recunoaște imagini auditiv și prin lexie (asociază imaginea cu cuvântul scris); recunoaște cifre, litere și cuvinte auditiv și prin lexie. Se propune începerea terapiei cu o frecvență de 3-4 ședințe săptămânal. După aproximativ 3 săptămâni, reușește să citească litere, cuvinte, propoziții scurte, cu ajutor. Reușește să deseneze după dictare: o linie, un cerc, o casă. Poate realiza calculul mintal simplu de adunare, scădere, înmulțire.

În terapia logopedică, de asemenea, familia și apropiații/prietenii au un rol deosebit în recuperarea bolnavului (principiul parteneriatului în intervenția terapeutică) și în motivarea pacientului de a persevera în recuperare și de a avea o atitudine optimistă. Evoluția este mult mai lentă și cu rezultate calitativ mai

slabe la pacienții care nu au fost susținuți afectiv de către familie.

Direcțiile de evaluare și intervenție:

- miogimnastica aparatului fono-articulator cu reluarea motricității;
- reeducarea fluxului respirator și conștientizarea inspir-expir;
- emiterea și automatizarea fiecărui sunet concomitent cu educarea auzului fonematic în cuvinte, propoziții și apoi în vorbirea curentă;
- calcul matematic;
- schema corporală și orientarea spațio-temporală;
- corectarea limbajului scris;
- modelarea producțiilor orale spontane.
- miogimnastica aparatului fono-articulator cu reluarea motricității

Inițial terapia a urmărit remisia apraxiei buco-linguale, astfel încât pacienta să conștientizeze ce înseamnă deschide/închide gura, scoate/retrage limba. Exercițiile aplicate au vizat mușchii buzelor, limbii, obrazilor, palatului moale – exemple (Vrășmaș, Stănică, 1994):

- gura închisă, mușcătura pe măsele; buzele se întind (zâmbet) apoi se adună;
- buza de jos peste buza de sus, apoi buza de jos între dinți;
- buzele întinse pe dinți, se absoarbe cu putere aer în gură și apare un pocnet;
- gura deschisă, limba afară, mișcată stânga-dreapta;
- gura deschisă, limba afară, vârful limbii atinge pe rând buza superioară, apoi buza inferioară;
- ștergerea buzelor cu limba, în sensul acelor de ceasornic, apoi invers;

- gura închisă, limba împinge pe rând în obrazul stâng apoi în obrazul drept;
- gura deschisă, limba afară, vârful limbii se ridică și intră în gură, cât mai adânc; gura se închide;
- imitarea mârâitului câinelui;
- imitarea galopului calului;
- vidarea obrazilor, alternând cu umplerea obrazilor cu aer;
- umplerea alternativă a obrazilor cu aer;
- umplerea obrazilor cu aer și eliminarea aerului sub presiune, cu buzele strânse.

Aceste exerciții au fost aplicate gradat, în funcție de abilitățile pacientei.

Pentru reeducarea fluxului respirator pacientul a trebuit:

- să conștientizeze tactil căldura fluxului de aer emis de logoped și, la rândul său, să emită același curent;
- să sufle cu paiul în paharul cu apă (barbotarea apei);
- inspirând puternic pe gură, să țină lipită de buze o bucată de hârtie.

Emiterea și automatizarea sunetelor

După ce a fost restabilită conștientizarea ritmului respirator, au urmat exercițiile specifice pentru mușchii obrazilor (vidarea obrazilor, alternând cu umplerea obrazilor cu aer, umplerea alternativă a obrazilor cu aer, umplerea obrazilor cu aer și eliminarea aerului sub presiune, cu buzele strânse).

Au fost realizate exerciții de sonorizare: vocale, consoane, silabe directe și indirecte/serii de silabe opuse în cuvinte paronime, diferențierea consoanelor surde de cele sonore, diferențierea sunetelor cu punct de articulare apropiat, cuvinte transformate prin înlocuiri de

sunete sau silabe, (Bodea Hațegan, 2013), denumire de imagini și obiecte. Ulterior se vor introduce propoziții și texte.

Numeratie

Numără de la 1-10, și de la 10-1 cu ajutor, enumeră zilele săptămânii, lunile anului, anotimpurile - cu ajutor - chiar dacă pronunția nu este încă foarte corectă, este totuși inteligibilă (pe o scală de la 1-5, nivelul inteligibilității vorbirii acesteia i se poate atribui valoarea 4).

Schema corporală și orientarea spațio - temporală

Se realizează exerciții de identificare a schemei corporale și de denumire a părților corpului; exerciții de orientare spațio-temporală - știe în ce zi, anotimp este, se orientează pe ceas. S-a urmărit de asemenea folosirea cuvintelor specifice orientării spațio-temporale (acum, atunci, odată, aici, acolo, aproape, departe etc.) în contexte potrivite. Recunoaște ora-dictată, dar încă nu reușește să spună singură ce oră este. După câteva exerciții sistematice poate citi ceasul clasic.

După o lună de la începerea terapiei, pacienta poate denumi imagini, poate citi cuvinte, cifre, propoziții și răspunde cu „da/nu” la întrebări de verificare a comprehensiunii verbale. Se observă o „explozie” la nivel verbal, pacienta reușind să susțină cvasi-inteligibil conversații directe chiar și la telefon. Cuvintele folosite disparat pentru a facilita comunicarea cu cei din jur s-au transformat în propoziții. Din punct de vedere gramatical nu sunt grave perturbări, atât la nivel sintactic cât și morfologic. Se trece la verificarea și, în caz de nevoie, corectarea limbajului scris-citit.

Corectarea limbajului scris

Corectarea limbajului scris s-a realizat în același fel în care s-a realizat și corectarea limbajului verbal, pornind de la sunete, grupuri de sunete și silabe, ajungând la scriere de cuvinte și propoziții.

Citirea se realizează încă defectuos, în ritmul corespunzător – ușor sacadat. Scrisul nu este foarte caligrafic și uniform, dar pacienta recunoaște că nici înainte de accidentul vascularul aspectul scrisului nu era cu mult diferit. Obiectivul terapeutic la acest nivel este scrierea corectă din punct de vedere gramatical și respectarea regulilor ortografice.

Corectarea limbajului pe parcursul vorbirii spontane

Fluența verbală în cazul pacientului afazic poate fi modificată fie în sensul reducerii (debit lent, pauze frecvente), sau dimpotrivă în sensul accelerării (debit rapid-tahilalie) (Anca,2002).

Corectarea limbajului oral în cazul pacientului prezentat se realizează în timpul producțiilor orale spontane, când pacienta este pusă să relateze programul său zilnic, sau un program viitor pentru o altă zi. Un alt tip de exercițiu ce urmărește înțelegerea limbajului scris a constat în citirea unui fragment literar și apoi repovestirea acestuia.

Terapia continuă, pacienta oscilând între dorința și încrederea în procesul de recuperare, pe de o parte, și teama de eșec și stagnare în evoluție, pe de altă parte. A apărut și un episod de depresie, specific acestor pacienți, dar susținută mereu de familie, consiliată și monitorizată medicamentos (ușor) de un specialist psihiatru reușește să îl

depășească; să găsească preocupări noi. Cu tot acest episod depresiv nu a vrut niciun moment să renunțe la terapia logopedică. În continuare sunt redată câteva mostre din materialele parcurse împreună cu pacienta:

Radu își caută papucii pe hol.

Cine caută?	R: Radu
Unde caută Radu?	R: papucii pe hol
Acum 5 minute, clientul a scos banii din portofel.	
De unde a scos banii?	R: din portofel
Când a scos banii?	R: Acum 5 minute

Fig.1 Exercițiu - lectură, comprehensiune, scriere (după o lună de terapie)(adaptat după Rogozea,2014).

Răspundeți la următoarele întrebări oral și/sau în scris!

Căpșuna are

Ce gust are căpșuna?	gust dulce
Ce culoare are căpșuna?	4 3 2 roșu roșu
Ce facem cu căpșunile?	gem, prăjitură

Fig.2 Exercițiu pentru comprehensiune verbală

Suprimarea silabelor

1. Ce este „carnet” fără „car”?
- Corect net (da/nu) dacă nu răspunsul dat este _____
2. Ce este „botgros” fără „bot”?
- Corect gros (da/nu) dacă nu răspunsul dat este _____

Fig. 3 Exercițiu pentru procesare fonologică

Un bărbat a suferit de singurătate și a rugat pe
separat și de joacă împreună
Vulpea a venit și ea să se joacă cu el

Fig.4 Exercițiu - rezumarea unui text (exprimare verbală scrisă și comprehensiune verbală)

- 3) În 1910, Henri Coadă a inventat avionul cu reacție. Câți ani au trecut de la inventarea avionului cu reacție?

2015 - 1910 = 105
De la inventarea avionului cu reacție au trecut 105 ani

Fig.5 Exercițiu - rezolvarea de probleme
Irina dansează.

Irina dansează un tango.
Paul înoată.
Într-o zi Paul înoată simplu.

Fig.6 Exercițiu – dezvoltarea propozițiilor
(pentru dezvoltarea abilităților lexico-
sintactice)

Andreei îi este frică de șobolani. 6.04.15.
Lumea a fost umită de precocitatea lui Mozart.
Clara se simte hărțuită pentru că planurile ei au me-
ca pe roate.

Fig.7 Exercițiu - recunoașterea emoțiilor
(pentru dezvoltarea abilităților lexicale,
comprehensiune verbală și modelarea
emoțională)

Concluzii

Recuperarea în afazie este o acțiune complexă de lungă durată și uneori foarte solicitantă pentru bolnav. Pacienții cu afazie motorie au dificultăți în elaborarea cuvintelor, debitul verbal fiind cel mai afectat. Simptomatologia afaziei motorii prezintă: dificultatea de a pronunța cuvinte; diminuarea vitezei limbajului vorbit; reducerea vocabularului la câteva cuvinte; alterarea construcțiilor gramaticale (agramatism). Datorită faptului că lipsesc cuvintele de legătură (conjuncțiile, prepozițiile etc.) vorbirea devine una telegrafică. Este de asemenea dereglat ritmul sau intonația vorbirii (disprosodia). Scrisul este afectat datorită slăbiciunii sau apraxiei mâinii drepte. Nivelul de comprehensiune verbală este funcțional. Pacientul conștientizează deficitele cu care se confruntă.

Recuperarea afaziei motorii are loc în decursul unor luni de zile sau ocazional

ani. Uneori pacientul poate rămâne cu manifestări ale anomiei.

Vârsta și amploarea accidentului influențează recuperarea, astfel pacienții mai tineri se refac, de obicei, mai repede decât cei în vârstă, iar pacienții cu accidente vasculare ischemice evoluează mai bine decât cei cu accidente hemoragice.

Rolul logopedului este acela de a contribui la reintegrarea în familie, comunitate și societate a pacientului cu accident vascular cerebral prin recuperarea totală sau parțială, prin îmbunătățirea capacității de comunicare prin limbaj verbal-scris-citit-socotit cât și privind orientarea și organizarea spațio-temporală și conduitele perceptiv-motrice.

Bibliografie:

- Anca, M. (2002). *Logopedie*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
- Bodea Hațegan, C.(2013). *Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană
- Calomfirescu, M. (1996). *Afazia în AVC*. Cluj-Napoca: Casa Cărții de Știință
- Crăciun, M. (2009). *Diagnosticul și tratamentul afaziei*. Cluj-Napoca: Risoprint.
- Chinellato, P. (2007). *Lezioni di linguistica clinica*. Venezia: Libreria Editrice Cafoscarina.
- Rogozea A. (2014). *Culegere de exerciții pentru recuperarea afaziei*. SC. PI Advisor Advertising SRL: București.
- Vrășmaș, E., Stănică, C. (1994). *Terapia tulburărilor de limbaj*. București: Editura Didactică și Pedagogică.

¹Profesor logoped, CJRAE, Cluj-Napoca.
E-mail: amelaprihoi@yahoo.com

Metode și procedee specifice de corectare a tulburărilor de articulare a fonemelor vocalice la școlarii mici cu dizabilitate auditivă

Lăcrămioara URSACHE¹

Abstract:

Speech and language communication has different characteristics in hearing impaired persons. This article presents the most important aspects of communication in the hearing impairment context. Specific vowels articulation disorders in children with hearing impairment are discussed. Different methods and procedures used in speech and language therapy are presented: visual aids, dactilems, vocals prolongation, short vocals emission, short vowels emission in open syllables and closed syllables, diphthongs and triphthongs pronunciation. Individual needs are highlighted in a case study report, by choosing the best speech and language therapy methods and procedures when working with persons with hearing impairment.

Key words: vowels articulation, hearing impairments, phonological disorders, coarticulation

Introducere

Dezvoltarea competențelor de comunicare verbală reprezintă unul dintre dezideratele fundamentale ale activității educative și terapeutice a copiilor cu dizabilități auditive. Structurarea limbajului este însă un proces complex, care se realizează în cadrul activităților organizate, necesitând o serie de metode și procedee specifice.

Demutizarea, activitatea complexă de înlăturare a efectelor dizabilității auditive profunde asupra limbajului, cu mijloace psihopedagogice, prin folosirea căilor organice nealterate și pe baza compensării funcționale (Stănică, 1997) vizează însușirea celor trei laturi ale limbajului:

- latura fonetică (articularea fonemelor și a structurilor fonetice specifice limbii române);
- latura lexico-semantică (achiziția de noi unități lexicale din punct de vedere receptiv și expresiv);

– latura morfo-sintactică (utilizarea corectă a regulilor gramaticale).

Particularități ale achiziției vocalelor la copiii în contextul dizabilității auditive

Sistemul vocalic al limbii române este alcătuit dintr-un segment vocalic simplu și unul complex. Cel simplu cuprinde un număr de 7 vocale (a, e, i, o, u, ă, â/î), iar segmentul vocalic complex cuprinde diftongi și triftongi (Anca, 2007).

Vocalele sunt purtătoarele accentului și intonației în limba română iar rezultatele și concluziile studiilor de specialitate, legate de inteligibilitatea pronunției elevilor cu dizabilitate auditivă, scot în evidență ponderea mare pe care o are sistemul vocalic în determinarea inteligibilității vorbirii (Anca, 2007).

Cele mai întâlnite tendințe în pronunția vocalelor la copiii cu dizabilitate auditivă (Anca, 2007), cu precădere la școlarii mici, sunt:

- *tendința de închidere* - manifestată prin articularea unei vocale cu maxilarul inferior foarte apropiat de cel superior;
- *tendința de deschidere* - constă în pronunțarea cu maxilarul inferior cu mult lăsat în jos;
- *tendința de neutralizare* - foarte frecvent întâlnită în pronunția școlarilor mici cu dizabilitate auditivă, constă în pronunția nediferențiată a vocalelor prin retragerea limbii spre poziția neutrală.
- *tendința de diftongare* - apare datorită lipsei de coordonare între planul articulator și cel fonator.
- *tendința de alungire a pronunției vocalelor* - este prezentă nu numai în pronunția izolată a vocalelor, ci și atunci când vocalele sunt pronunțate în silabe, cuvinte, propoziții, tulburând raporturile temporale ale pronunției, influențând negativ inteligibilitatea vorbirii.
- *tendința de nazalizare* - cauzată de controlul deficitar al trecerii aerului prin cavitatea nazală.

Detaliind cu exemplificări deficitale fonologice mai sus amintite, tulburările de pronunție ale vocalei „a” întâlnite la școlarii mici cu dizabilitate auditivă pot fi: nazalizarea; pronunția neutrală, când vocala „a” este înlocuită cu „ă”, „e”, „î”; falsetul; pronunția vocalei „a” cu voce stinsă.

În cazul emiterii vocalei „o”, cele mai frecvente tulburări sunt: nazalizarea; „o” se poate pronunța ca „a”, „u”, „iu”; în unele cazuri lipsesc vibrațiile coarziilor vocale.

Dintre tulburările posibile, în pronunțarea vocalei „u”, amintim: în loc

de „u” se poate auzi „o”, „iu”, „v”, „î” etc.; în unele cazuri vocala „u” este pronunțată prea slab sau nazalizat; dacă copilul îngustează prea mult orificiul bilabial, împingând buzele prea mult în afară, în loc de „u” se aude „v”.

Vocala „e” este emisă distorsionat de copiii cu dizabilitate auditivă, aceasta auzindu-se ca un amestec între „e” și „a” sau chiar „î”.

Vocala „i” se pronunță uneori vag, confuz, prea tare sau prea încet, nazalizat, cu tendințe spre „ă”, „e” etc.; alteori se pronunță cu voce de cap (cu o înălțime neadecvată). Atunci când „i” se află la finalul cuvântului de obicei este omis sau prea accentuat pronunțat.

În cazul vocalei „ă”, cele mai frecvente tulburări de pronunție sunt: nazalizarea sau neutralizarea.

În cazul vocalei „â/î” copiii pot pronunța vocala „ă” în loc de „î” deoarece rădăcina limbii nu este suficient de ridicată sau „i” în loc de „î”; se consemnează și fenomenul *nazalizării*.

Analizând procesul de coarticulare a fonemelor vocalice, au fost identificate mult mai multe tipuri de erori fonetice (Neamțu, 2008; Anca, Hațegan, 2008), care au un impact deosebit asupra inteligibilității pronunției școlarilor mici cu dizabilitate auditivă.

Dintre acestea amintim:

- *Asimilarea* - împrumutarea unei trăsături articulatorii sau acustice de la un sunet la altul (ca urmare a proximității).
- *Neutralizarea* - suprimarea funcției diferențiative a unei mărci distinctive dintr-un fonem, prin prezența aceleași

mărci la un alt fonem, aflat în aceeași poziție, fonem de care se deosebește doar prin marca articulatorie (Anca, Hațegan, 2008).

– *Asilabizarea* – pierderea vârfului de sonoritate de către vocalele *e, i, o, u* (Neamțu, 2008).

– *Anularea stopului glotal* – are loc atunci când în interiorul unui cuvânt se întâlnesc două vocale în hiat, după prima vocală cu care se finalizează prima silabă, neintervenind pauza silabică.

– *Scurtarea vocalică postconsonantică* – proces fonetic care vizează strict vocala „i” și care constă în pronunțarea acesteia foarte scurt și cu o intensitate sonoră foarte redusă (Neamțu, 2008).

Direcții, proceduri și modalități de intervenție

Pornind de la aspectele teoretice mai sus prezentate, în practica terapeutică cu școlarii mici cu dizabilitate auditivă, pot fi folosite o serie de metode și procedee specifice pentru *emiterea, fixarea, dezvoltarea și automatizarea pronunției* fonemelor vocalice, în vederea atingerii următoarelor obiective:

1. Emiterea corectă a fonemului vocalic izolat.
2. Articularea fonemului vocalic în silabe directe și inverse.
3. Coarticularea vocalei în diferite segmente fonologice, chiar și la nivel de diftongi, triftongi și hiaturi.
4. Asocierea grafem-fonem, imagine-cuvânt.

În condițiile apariției *tulburărilor de articulare*, demersul corectiv-recuperator trebuie reluat/reproiectat cu scopul:

1. Reemiterii vocalelor;

2. Înlăturării nazalizării prin exerciții suplimentare de gimnastică fonoarticulatorie și respiratorie;

3. Corectării substituirii vocalelor prin intensificarea exercițiilor de gimnastică labială, de intuire corectă a vibrațiilor corzilor vocale pentru vocalele desonorizate, de pronunțare a vocalelor în mai multe serii de silabe directe, alternativ.

4. Exersării pronunției corecte a emisiunilor vocalice în structuri lingvistice cu dificultate crescută.

Derularea cu maximă eficiență a procesului de emiterie, fixare, consolidare și automatizare a fonemelor vocalice nu ar fi posibilă fără sprijinul metodelor cu caracter general. Acestea sunt folosite, permanent, atât în cabinetele de terapie specifică de compensare, cât și la clase (ex. de gimnastică fonoarticulatorie, de dezvoltare a auzului fonematic și a atenției auditive, de respirație nonverbală și verbală etc.).

Metodele și procedeele specifice utilizate pentru emiterea corectă a fiecărui fonem vocalic în parte, trebuie să fie adaptate particularităților limbajului școlarilor mici cu dizabilitate auditivă, nivelului lor de înțelegere, tulburărilor de pronunție înregistrate atât în planul emiterii izolate, cât și în procesul coarticulator.

Intervenția corectiv - recuperatorie în cazul tulburărilor de articulare a fonemelor vocalice a inclus și metoda grafică a „baloanelor de vorbire” (Ursache, 2012).

„Baloanele de vorbire” (bulele de vorbire ori baloanele sugerate de dialog) sunt convenții grafice folosite cel mai frecvent în cărțile pentru copii, în cărțile cu benzi

desenate sau desene animate, pentru a permite cuvintelor (și mult mai rar, pozelor) să fie înțelese ca reprezentând discursuri, gânduri, intenții sugerate de imagini sau desene.

În opinia susținătorilor metodei maternal-reflective (Durkin, Brzeinsky, Van Uden apud Van Uden, 1977), metoda care folosește suportul scris de învățare a limbajului verbal, copiii cu dizabilități auditive, datorită memoriei dezvoltate pentru formele grafice ale cuvintelor și enunțurilor, pot învăța mult mai ușor înțelesurile scrise cu ajutorul „baloanelor de vorbire”. Astfel, ele pot fi utilizate nu numai pentru a reda grafic cuvintele unui personaj ci și emoțiile, inflexiunile vocale și limbajul nespecificat.

Pornind de la aceste considerații teoretice, demersul nostru terapeutic a constat în:

- prezentarea imaginii profilului vizual, palatogramei, dactilemului, grafemului (literei) corespunzătoare fiecărui fonem vocalic.

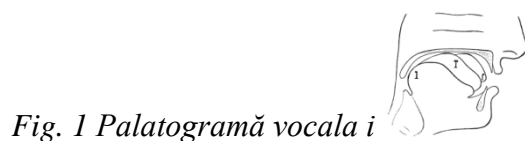


Fig. 1 Palatogramă vocala i



Fig. 2 Dactilem vocala A



Fig. 3 Grafemul (litera) O

- exerciții de pronunție prelungită a vocalelor: **aaaaa...., eeeee...., iiiii....,**

ooooo....,uuuuu....,ăăăăă....,îîîîî/â ââââ.

Exemplele de exerciții mai jos ilustrate sunt preluate din Ursache (2012)



- exerciții de pronunție scurtă a vocalelor **A, E, I, O, U, Â, Î/Â**
- exerciții de pronunțare scurtă a vocalelor în silabe deschise și inverse:

Pa pe pi po pu pă pî ap ep ip op up
ăp îp

Ba be b i bo bu bă bî ab eb ib ob ub
ăb îb

Ma me mi mo mu mă mî am em im
om um ăm îm etc.

Materialul verbal propus pentru exersarea pronunției fonemelor vocalice, dar și pentru corectarea eventualelor tulburări de articulație, trebuie să fie familiar și însoțit de cât mai multe imagini (Ursache, 2012).



ac casă apă inel pește pâine
cadou ou

La fel am procedat și în cazul exersării și consolidării pronunției diftongilor și triftongilor.



Fig. 4 Exemple diftongi



Fig. 5 Exemple triftongi

Cele mai utilizate modalități de antrenare utilizate în etapele de consolidare și automatizare a pronunției fonemelor vocalice au fost: exercițiul, compunerea, povestirea, jocul didactic, jocul de rol, conversația etc. Pentru a-i mobiliza și mai mult pe copii și pentru a le întări

motivația învățării vorbirii corecte, au fost abordate subiecte legate de: familie, prieteni, preferințe sau antipatii, școală, jocuri, mâncare, îmbrăcăminte, gospodărie, mijloace de transport, vreme și anotimpurile anului etc.



„Învățătoarea noastră”



„La doctor”



„În parc”



„Iarna”

Fig. 6 Exemple tipuri de sarcini utilizate în etapa de consolidare și automatizare

În concluzie, față de cele arătate mai sus se impun a fi subliniate două lucruri. Mai întâi, trecerea de la o etapă la alta de corectare se face în funcție de particularitățile fiecărui copil în parte, iar în al doilea rând, demersul terapeutic propus de noi în cuprinsul acestei lucrări, dictat de experiența acumulată în domeniul terapiei specifice de compensare și completat cu o permanentă autoperfecționare în

domeniul educației speciale, poate genera instrumente metodologice utile în abordarea tulburărilor de articulare a fonemelor.

Studiu de caz

Direcția terapeutică propusă prin acest articol este ilustrată printr-un studiu de caz care detaliază problematica cu care se confruntă un copil care prezintă hipoacuzie de percepție neurosenzorială profundă bilaterală, de gen feminin, cu

vârsta de 9 ani, care frecventează activitățile educaționale din cadrul Liceului Tehnologic pentru Deficienți de Auz, Cluj-Napoca.

Instrumente utilizate în evaluare

- Proba de vorbire independentă (Vrasmaș, Mușu, Stănică, 1997)
- Observația directă

Analiza și interpretarea rezultatelor

Proba de vorbire independentă a pus în evidență o performanță scăzută a elevei, pronunția acesteia fiind marcată de o serie de erori: substituiți, omisiuni, distorsiuni, adăugiri. În transmiterea sarcinii a fost nevoie de folosirea limbajului mimico-gestual, dar și a limbajului dactil. În vorbire, eleva folosește cuvinte izolate, cu rol de propoziții.

Tipuri și exemple de erori articulatorii/coarticulatorii identificate:

I. Asimilări

- a). Palatalizare-Labializare: covoruor
- b). Labializări: soare-soară; oul-aoul; struguri-strouguri

II. Alte tipuri de erori în contexte coarticulatorii

- a). Neutralizări: carte-carta; lapte-lapta
- b). Anularea stopului glotal: mel; sane; pan;
- c). Scurtarea vocalică postconsonantică: pomii; puii; crengii; covrigii

III. Tipuri de erori articulatorii identificate

- a) Omisiuni: evantai-evanta_.
- b) Adăugări: zebră-zebrăe; perdea-perdeau

Concluzii

În urma aplicării probei de vorbire independentă și a observațiilor efectuate, s-a constatat o performanță verbală foarte scăzută a elevei L.L.

Deprinderile însușite în cadrul orelor de terapie a limbajului nu se consolidează, datorită comunicării cu ceilalți din jur prin limbaj mimico-gestual. Producțiile verbale sunt reduse numeric și cu un grad scăzut de inteligibilitate. Multitudinea de erori coarticulatorii întâlnite în vorbirea acesteia au accentuat scăderea inteligibilității vorbirii odată cu trecerea timpului, chiar dacă s-a intervenit de timpuriu. Tulburările de articulare a fonemelor sunt rezultatul formării unor reprezentări greșite a propriilor mișcări articulatorii de-a lungul procesului terapeutic, din cauza abilităților perceptiv-auditive deficitare.

În anul școlar 2014-2015, elevei L.L. i-a fost întocmit un **program de intervenție personalizat** pentru corectarea tulburărilor de articulare a fonemelor vocalice identificate. Programul propus pentru corectarea tulburărilor de articulare a fonemelor vocalice a demarat la începutul anului școlar și s-a derulat pe o perioadă de **5 săptămâni**.

Tabel 1. Plan de intervenție personalizată

Domeniul de intervenție	Obiective operaționale	Sarcina de învățare	Resurse materiale	Perioada de timp
Terapia limbajului și comunicării	1. Să-și poziționeze corect organele fonoarticulatorii pentru vorbire.	Exerciții de dezvoltare a mobilității aparatului fonoarticulator și înlăturării nazalizării	Cartonașe cu exerciții de gimnastică fonoarticulatorie (Hărdălău Laura, <i>Gimnastică fonoarticulatorie în imagini</i> - http://jucarii-vorbarete.ro)	29.09-03.10
	2. Să-și exerseze vocea în registrul normal al vorbirii.	Exerciții de stabilizare a vocii fluctuante		06.10-.10
	3. Să articuleze corect vocalele limbii române.	Exerciții de pronunție prelungită (onomatopee) și de pronunție scurtă a vocalelor, după model și independent, în fața oglinzii.	Oglinda logopedică	13-17.10
			Cartonașe cu imaginea emiterii Auxiliar curricular (Ursache, 2012) Album logopedic Soft logopedic-Tarabostes Oglinda logopedică	20-24.10
		Exerciții de pronunțare a vocalelor în silabe și structuri fonetice diferite, cu sprijin pe imagini.	Soft logopedic-Tarabostes Auxiliar curricular (Ursache, 2012)	27-31.10
	4. Să pronunțe corect diftongii și triftongii.	Exerciții de pronunție a diftongilor și triftongilor în structuri izolate.		
	5. Să coarticuleze corect vocale, diftongi și triftongi.	Exerciții de pronunție a diftongilor și triftongilor în cuvinte, propoziții și structuri complexe.	Auxiliar curricular (Ursache, 2012) Oglinda logopedică Auxiliar curricular (Ursache, 2012)	

Demersul corectiv-recuperativ s-a realizat cu ajutorul metodelor generale și specifice în vederea pronunțării corecte a vocalelor, diftongilor și triftongilor. A fost utilizat cu precădere programul terapeutic bazat pe metoda grafică a „baloanelor de vorbire” (Ursache, 2012) iar rezultatele, la finalul programului, au

fost încurajatoare. La proba de vorbire independentă aplicată după parcurgerea programului, rezultatele au fost următoarele:

- eleva a înregistrat doar două erori de pronunție - în cazul vocalei „u” pronunțată ușor nazalizat și vocalei „i”,

- distorsionată în poziție finală în cuvânt;
- au fost consemnate mult mai puține erori în contexte coarticulatorii, eleva însușindu-și regula pronunției lui „i” final scurt, evitând, în contexte verbale cunoscute, neutralizarea vocalei „e”.
 - eleva a deprins control voluntar în modelarea vocii, evită vocea sacadată, cu precădere atunci când pronunță fonemele vocalice.
 - ca urmare a exercițiilor cu caracter demonstrativ, eleva a înregistrat doar o eroare de scurtare postconsonantică (“ i “ în cazul formelor de plural a substantivelor).
 - s-au semnalat ușoare distorsiuni în pronunția diftongilor și triftongilor (oa, oi, ea, oai, eau).

Concluzie

Antrenarea abilităților articulatorii și coarticulatorii contribuie la creșterea nivelului inteligibilității vorbirii, chiar dacă programul terapeutic a vizat doar componenta segmentală vocalică. În viitor considerăm că extinderea programului terapeutic și pentru componenta segmentală consonantică va asigura atingerea unui nivel conversațional independent elevei.

Bibliografie:

- Anca, M. (2007). *Logopedie*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Anca, M., Hațegan, C. (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Anca, M. (2001). *Psihopedagogia deficiențelor de auz*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Avram, A. (coord) (2000). *Antologie fonetică a limbii române*, București: Editura Academiei Române.
- Bălan, N. A. (2009). *Lingvistică generală*, Craiova: Editura Universitaria.
- Bold, V., Oproiu, E., Zisu, F. (2003). *Limba română-fonetică, punctuație, vocabular, morfologie, sintaxă*, București: Editura Educațional A B C.
- Neamțu, G.G. (2008). *Limba română contemporană-fonetică*, suport de curs universitar, Cluj-Napoca: Facultatea de Litere, UBB.
- Popa, M. (2006). *Comunicarea – aspecte generale și particulare*, București: Editura Paideia.
- Toma, I. (2004). *Limba română contemporană. Fonetică-fonologie, lexicologie*, București: Editura Fundației de mâine.
- Stănică, I., Popa, M., Popovici, D., V., Rozorea, A., Mușu, I. (1997). *Psihopedagogia specială - Dizabilități senzoriale*, București: Editura Pro Humanitate.
- Ursache, L. (2010). *Modalități de stimulare a abilităților conversative la copiii cu dizabilitate auditivă*, în Revista Școala „V.Pavelcu”, Iași.
- Ursache, L. (2012). *Cartea vocalelor, Auxiliar curricular editat în cadrul Programului de Granturi pentru Dezvoltare Școlară „Modern și eficient în educarea și recuperarea copilului deficient de auz”*, Aplicația „Fereastra spre Europa”, Cluj-Napoca.
- Van Uden, A. (1977). *A word of language for deaf children*, Amsterdam and Lisse: Swets & Zeitlinger.

<http://jucarii-vorbarete.ro/>

¹Profesor psihopedagog, Liceul Tehnologic Special pentru Deficienți de auz, Cluj-Napoca. E-mail: lacrimapelin@yahoo.com

Evaluarea calității vieții adulților cu afazie

Mirela BUTTA¹

Abstract

*This article presents the importance of the quality of life assessment in speech and language therapy when working with aphasic persons. The terms aphasia and quality of life are defined and the quality of life assessment in aphasia is presented. Nottingham Health Profile is described and used in order to prove the importance of quality life assessment as objective indicator for speech and language therapy relevance in aphasic persons. A case study of a 42 year old female diagnosed with aphasia is presented using **Nottingham Health Profile** results before intervention and six months after speech and language intervention. The conclusion reveals the importance of including different objectives related to the quality of life in speech and language therapy.*

Key words: aphasia, quality of life, assessment tools, speech and language therapy

Afazia

Accidentul vascular cerebral este consecința blocării sau spargerii unui vas de sânge care irigă o zonă a creierului, celulele nervoase afectate la acest nivel putând muri în doar câteva secunde.

Afazia este considerată a fi una dintre cele mai complexe tulburări de limbaj fiind cauzată de un accident vascular. Această patologie implică frecvent tulburări cognitive, afective și o dizabilitate neuromotorie cu hemiplegie sau hemipareză.

Afazia este o tulburare a activității nervoase superioare și constă în imposibilitatea de a accede la experiența anterioară, dificultate de înțelegere și utilizare a limbajului verbal sau scris, cu implicații majore asupra întregului sistem cognitiv (Crăciun, 2001).

Calitatea vieții

Calitatea vieții este rezultatul percepțiilor indivizilor asupra situațiilor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile

trebuințe, standarde și aspirații (OMS, 1998). Mai specific, prin calitatea vieții se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea persoanelor de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană.

Evaluarea calității vieții în afazie

Evaluări ale calității vieții în studiile terapeutice presupun cercetarea exclusivă a modificării calității vieții în funcție de tratament. Se măsoară elementele de diferențiere a evoluției calității vieții după tratament. Nu este obligatorie existența unui etalon, modificările longitudinale putând fi relevante.

În concluzie, ceea ce determină calitatea vieții, după Carr Higginson (2001), sunt următoarele aspecte:

1. Gradul în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană.
2. Percepția poziției în viață a persoanei, în contextul cultural și axiologic în care trăiește și în raport cu scopurile, aspirațiile, standardele și preocupările proprii.

3. Evaluarea stării proprii de sănătate, prin raportare la un model ideal.
4. Lucrurile ce sunt considerate importante în viața persoanelor.

Calitatea vieții poate fi evaluată cu ajutorul:

1. Instrumentelor globale (Flanagan Quality of Life Scale);
2. Instrumentelor generice (MOS-SF-36);
3. Instrumente specifice ce sunt destinate unor grupe speciale de pacienți și unor patologii sau grupe de patologii distincte.

Aici putem menționa **Nottingham Health Profile** (profilul de sănătate Nottingham, autor principal Sonya Hunt, 1997), cu două părți.

Prima parte are 38 de itemi, ce evaluează 6 domenii principale:

1. Vitalitatea (cu 3 itemi, ex.: Sunt obosit tot timpul.; Fac totul cu efort.).
2. Durerea (cu 8 itemi, ex.: Am dureri insuportabile.; Am dureri în timpul nopții.).
3. Reacțiile emoționale la boală (cu 9 itemi, ex.: Mă simt izolat/dat de-o parte.; Mă simt ca și cum am pierdut controlul.).
4. Mobilitatea sau capacitatea fizică (cu 8 itemi, ex.: Pot să umblu doar în interior.; Am nevoie de ajutor ca să merg afară. Când mă plimb am nevoie de o persoană de care să mă sprijin.).
5. Izolarea socială (cu 5 itemi, ex.: Mă simt însingurat.; Am impresia că nu am pe nimeni apropiat cu care să schimb o vorbă.).

6. Somnul (cu 5 itemi, ex.: Îmi trebuie mult timp seara ca să adorm.; Nu dorm bine noaptea.).

Partea a doua evaluează 7 domenii ale vieții cotidiene: activitatea profesională, activitatea casnică, relațiile interpersonale, viața socială, viața sexuală, petrecerea sărbătorilor și hobby-urile.

Itemii se cotează dihotomic cu DA = 1 punct și NU = 0 puncte. Cotarea itemilor de la prima parte se poate face în două modalități:

1. Se adună răspunsurile de tip DA de la fiecare scală, se împarte suma la numărul total de itemi ai scalei și se înmulțește cu 100. Se pot obține scoruri între 0, care semnifică sănătate perfectă și 100, care înseamnă cea mai afectată posibilă stare a sănătății persoanei.
2. Fiecare item are stabilită o anumită pondere, în funcție de gravitatea simptomului respectiv. Suma tuturor valorilor ponderate a itemilor scalei dă valoarea de 100, care semnifică cea mai delicată stare posibilă a sănătății, iar 0, cea mai bună stare posibilă a funcționalității fizice, psihice și sociale a pacientului. În general, scorurile mai ridicate, apropiate de 100 înseamnă un nivel mai scăzut al calității vieții pacientului.

Prezentare de caz

Participantul din acest studiu, de gen feminin, în vârstă de 42 ani a fost internat în Secția de Neurologie a Spitalului Clinic de Recuperare Cluj-Napoca. Intervalul temporal scurs între debutul intervenției logopedice și instalarea simptomatologiei afazice a fost de șase săptămâni.

Intervenția s-a desfășurat la domiciliul pacientului. S-a solicitat prezența unui membru al familiei în timpul intervenției pentru a se familiariza cu metodele și tehnicile logopedice utilizate și a le aplica ei înșiși. Durata ședințelor a fost variabilă în medie de 50 de minute, de două ori pe săptămână.

Diagnostic

Hemiplegie dreaptă și afazie mixtă prin AVC (accident vascular cerebral) ischemic în teritoriul arterei cerebrale medii stângi, în observație pentru malformație congenitală cardiacă, sindrom anemic, hipotensiune arterială sistemică, colită ulcerativă cronică recurentă și litiază biliară veziculară.

Epicriza

Pacientă în vârstă de 42 ani, bolnavă cu colită ulcerativă cronică recurentă prezintă în mod brusc în timpul internării în Clinica Medicală, în data de 23 octombrie 2014, o hemiplegie dreaptă și afazie mixtă predominant expresivă.

Examinarea prin rezonanță magnetică evidențiază: o asimetrie constituțională între cele două emisfere cerebrale, minim edem cerebral stâng, leziune extinsă cu minim efect de masă.

Alte informații

Intervenția a avut loc la domiciliul personal al pacientului. Pacienta a avut în ultimii cinci ani multiple spitalizări, probleme medicale legate de colita cronică recurentă. Persoana care o îngrijește este tatăl, în vârstă de 82 ani, cu care are o relație deosebită (mama este decedată). Deși tatăl are multiple probleme de sănătate, caută diferite

soluții pentru a putea susține starea de sănătate și recuperarea fiicei.

Se remarcă atitudinea pacientei de „luptătoare”, bine-dispusă, glumeață, cu mare dorință și motivare de a se recupera.

Demers de evaluare

În momentul începerii terapiei logopedice, deficitul verbal suferise deja ușoare ameliorări, însă discursul pacientei este format din cuvinte izolate, uneori conținând multiple parafazii și jargonafazii. Afișează în permanență un zâmbet stânjenit, conștientă fiind de faptul că nu se poate exprima.

Pentru *evaluarea logopedică* a pacientei afazice s-a utilizat: observația, conversația, anamneza și bateria de teste Western.

Înainte de evaluarea propriu-zisă s-a remarcat hemiplegie dreaptă, tulburări ale motricității aparatului fonoarticular (pe parte dreaptă), utilizarea propozițiilor simple (2-3 cuvinte), deficit de volum respirator, ușoară afectare a abilităților cognitive, empatic, contact vizual bun în timpul comunicării, tulburări la nivelul conștiinței fonologice, cu ușoare tulburări de pronunție ale consoanelor labiodentale f -v și ale consoanelor apicodentale t - d - n.

Debitul vorbirii este redus, poate utiliza în propoziții doar o parte din cuvintele pe care le cunoaște. Pentru a putea înțelege mesajul, repetă cerința. Recunoaște și identifică cuvintele scrise, citirea e mult îmbunătățită, atunci când face o greșală se autocorectează sau are nevoie de foarte puțin ajutor. Fluența vorbirii variază în funcție de cerință. Volumul vocabularului activ este funcțional, dar pe zi ce trece se

remarcă progrese, utilizează cuvinte variate (ex. găselniță, gaj, fabulație).

Evaluarea calității vieții a fost realizată cu ajutorul chestionarului **Nottingham Health Profile**. Evaluarea a fost realizată inițial, în paralel cu evaluarea logopedică a pacientului afazic și la un interval de 6 luni pentru a putea constata implicațiile terapiei logopedice asupra calității vieții.

Evaluarea inițială a calității vieții oferă un rezultat al sumelor ponderate de 76,31. Aceasta relevă o capacitate scăzută de adaptare la noile condiții de viață. Cele mai afectate dimensiuni sunt durerea, independența, devalorizarea și incapacitatea de a stabili contacte cu alte persoane.

Demersul de terapie

Terapia logopedică a inclus texte motivaționale și tipuri de exerciții care să motiveze pacientul, să realizeze deschiderea acestuia spre acceptare și găsirea celor mai plăcute moduri de a-și îmbunătăți calitatea vieții. Nu trebuie făcute eforturi deosebite, ci doar o mare atenție în alegere materialului și motivarea persoanei și a familiei acesteia.

Durerea este un fenomen subiectiv, complex, cu consecințe subiective și obiective extrem de diverse, ce se regăsesc la nivel structural, funcțional și psio-comportamental. Durerea fizică poate apărea și ca extindere a problemelor emoționale și odată cu motivarea, încurajarea și găsirea unor metode de depășire a obstacolelor aceste simptome se atenuează. Pacienta a început să îngrijească plante de apartament și odată cu dezvoltarea și înflorirea acestora și-a recăpătat buna-dispoziție.

Independența capătă noi valori când pacientul se poate exprima și când se îmbunătățește motricitatea părții lezate și coordonarea. A reușit să se plimbe mai des în afara locuinței, de braț cu tatăl său. Trecând pe lângă chioșcul de ziare și-a cumpărat singură reviste, pe care la început le citeam împreună (după un an citește fără sprijin o mare parte din revistă).

Devalorizarea era alimentată în special de la lipsa unui scop al vieții. Găsirea unor metode și modalități de a intra în legătură cu rude, prieteni, foști colegi de servici a dus la *îmbunătățirea comunicării* și a dorinței de a se face utilă și plăcută. Ține o evidență a lucrurilor ce trebuie reamintite unei mătuși (ex. Luni ora 9 consultație medicală - sună mătușa la ora 8).

Odată cu dezvoltarea abilităților descrise mai sus pacienta a început să facă cumpărături atât la alimentara de lângă locuință, cât și la magazinele mari, la raioanele de îmbrăcăminte în mod special.

Alți indicatori ai îmbunătățirii calității vieții:

- zâmbet și bună dispoziție;
- cere informații suplimentare despre îngrijirea plantelor de apartament;
- dorește să utilizeze calculatorul și corespondam;
- se tunde/aranjează la coafor;
- poartă cercei, agrafe și uneori brățări și inele;
- se îmbracă mai elegant și primește pozitiv aprecierile;
- își alege singură hainele pe care le cumpără și le probează;

- supraveghează și sprijină femeia care gătește, caută rețete vechi sau noi;
- adună și spală vasele, mătură; își face patul; își face singură toaleta dimineața;
- merge cu prietenii la Grădina Botanică, la un ceai sau o înghețată;
- merge mai des la cabana proprietate personală.

Deși par lucruri mărunte aceste progrese au dus la dezvoltarea rapidă a limbajului și implicit la creșterea calității vieții.

După 6 luni, în urma reevaluării cu ajutorul chestionarului **Nottingham Health Profile** se obține un rezultat al sumelor ponderate de 31,57. Acest rezultat evidențiază progresul pacientei atât în terapia logopedică (a crescut stima de sine și implicit încrederea), cât și realizarea adaptării la noile condiții de viață.

Concluzii

Instrumentele de evaluare a calității vieții vin în completarea celorlalte metode de investigare ale pacientului cu afazie, de aceea ar fi oportun să se faciliteze utilizarea acestora de către logopezi, conduita terapeutică ulterioară fiind capabilă să îmbunătățească mai multe aspecte ale vieții. În urma evaluării logopedul poate realiza o schemă complexă de terapie care include elemente legate de calitatea vieții.

Compliance la tratamentul de recuperare joacă un rol important în modificările aspectelor legate de calitatea vieții de-a lungul diferitelor etape de terapie. Aceasta este influențată de mulți factori, greu de cuantificat și trebuie îmbunătățită maxim posibil, pentru a

eficientiza tratamentul complex al pacientului.

Rezultatele combinate pot oferi o imagine fidelă a percepției individului asupra propriei stări de sănătate, acesta fiind elementul cel mai important al terapiei centrate pe pacient.

În funcție de rezultatele observate în urma testelor paraclinice și a evaluării calității vieții se poate stabili un prognostic al evoluției afaziei, chiar dacă acesta nu o să fie niciodată unul extrem de acurat datorită factorilor care intervin în recuperare. În consecință, pe lângă variabila decisivă (dimensiunea leziunii), mai intervine timpul (gradul reabilitării este mai rapid și mai crescut în primele trei luni și rămâne la un anumit nivel de obicei după primul an de la survenirea leziunii), vârsta (influențează mai mult prognosticul afaziei în raport cu implicațiile acesteia în plasticitatea corticală care este cu atât mai crescută cu cât vârsta este mai mică), dominanța emisferică (are o influență pozitivă dacă pacientul prezintă lateralitate dreaptă), tipul afaziei (este un factor relativ, acesta fiind influențat la rândul-i de leziune și cunoscut fiind faptul că, de obicei, o formă de afazie evoluează într-o alta), simptomele asociate (nu s-au stabilit corelații relevante cu prezența hemiparezei, dar simptomele psihice asociate sunt cele care decid compliancea bolnavului la tratament) și calitatea vieții.

Calitatea vieții este un element din ce în ce mai studiat în cadrul evaluării pacienților afazici, iar îmbunătățirea acesteia este un scop al tuturor specialiștilor din domeniul medical atât în sens individual, centrat pe pacient, cât și în dorința eficientizării cheltuielilor de

îngrijire pe termen scurt, mediu și lung (Neamțu G., 2003). Evaluarea rezultatelor tratamentului se poate face folosind măsurători ale limitărilor fizice și funcționale, dar se impun și teste de evaluare a efectelor emoționale de care acestea sunt însoțite. Rezultatele măsurătorilor combinate pot oferi o imagine fidelă a percepției individului asupra propriei stări de sănătate, acesta fiind elementul cel mai important al îngrijirilor centrate pe pacient (Negrescu, 2013).

Bibliografie

- Carr, A. J., Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered?, *British Medical Journal*, 322, 1357–1360
- Neamțu G. (2003.). *Tratat de asistență socială*. Polirom: Iași.
- Negrescu, C. C. (2013), *Particularități ale recuperării unui caz de AVC hemoragic*, Atena: Acta Medica Transilvania, vol. II, nr. 2, pag. 121
- Crăciun, M. (2001). *Diagnosticul și tratamentul afaziei*, Teză de doctorat, Cluj-Napoca.
- Hunt, S. M., McEwen, J., McKenna, S. P. (1997). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 185–188.
- Lupu, I., Zanc, I. (2004). *Sociologia sănătății. De la teorie la practică*, Pitești: Editura Tiparg.
- Lupu, I. (2006). *Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare*. Calitatea Vieții, XVII(1-2): 73-91.

www.ortoclinic.ro/index.../managementul-accidentului-vascular-cerebral

www.asha.org

www.jneurosci.org

www.aphasia.org

¹ Profesor logoped, Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă, Cluj-Napoca. E-mail: buttamirela@yahoo.com

Programe informatice utilizate în terapia ludică la copiii cu dizabilități auditive

Rodica POPESCU¹, Vasile Radu PREDA²

Abstract

*Play therapy objectives and information and communication technologies for people with hearing impairment functions are identified in the first part of this article. There are many benefic aspects of using computers during therapeutic approaches when working with persons with hearing impairments. The research presents the results from 108 hearing impaired students evaluated with Verbal Comprehension Probe from Sibiu, non-verbal probe for auditory memory, auditory discrimination and sounds discrimination. During intervention the following programs were used: **Detektiv Langohr, Paint Editor and Visual Stimulation Software**. Conclusions reflect the improvements the students made in the following areas: digital competences, internet access and flexible perceptive-cognitive styles. Information and communication technologies can be used during the therapeutic activities in the benefit of students with hearing impairment.*

Keywords: information and communication technologies, play therapy, hearing impairments.

Introducere

Pentru stabilirea unui sistem de operaționalizare a obiectivelor corective și formative care să releve raportul dintre **conduita cognitiv-ludică** și **organizarea cunoașterii** s-a recurs la taxonomia obiectivelor educaționale (Preda și Ferenczi, 1995) și la psihologia piagetiană (Piaget și Inhelder, 1972). În acest mod s-au sintetizat șapte obiective pedagogice: nivelul de cunoștințe; nivelul de înțelegere; nivelul de aplicație; nivelul de analiză; nivelul de sinteză; nivelul de inventivitate.

Obiectivele activităților de terapie ludică vizează: a) Crearea condițiilor de învățare care să-i influențeze pe copii în integralitatea personalității lor; b) Creșterea capacităților senzoriale și perceptive; c) Stimularea fanteziei și a bogăției de idei, transpunerea lor în acțiune; d) Impulsionarea spontaneității și dezvoltarea flexibilității în comportament; e) Susținerea încrederii în

sine și a capacității de decizie; f) Exersarea unor capacități de comunicare și cooperare care nu depind de înțelegerea verbală; g) Experimentarea și dezvoltarea prin joc a unor capacități ca toleranța, responsabilitatea, considerația dar și a combativității și a capacității de a se impune; h) Conștientizarea propriului ritm și a capacităților psihomotorii (Wilcook, 1986; Popovici, Matei, 2005; Preda, 2015).

Tehnologiile informației și comunicării (TIC) adaptate pentru persoanele cu dizabilități auditive au mai multe funcții

1. **Funcția „protetică” sau «suplinitoare».** Copiii cu dizabilități auditive pot utiliza atât TIC, cât și anumite sof-uri specifice, cum sunt, de exemplu, cele pentru însușirea limbajului gestual, pentru antrenamentul funcțiilor auditive rămase intacte, pentru discriminare auditivă, pentru corectarea vorbirii, dezvoltarea vocabularului și a

competențelor de comunicare verbală.

2. **Funcția „augmentativă”.** Computerul și instrumentele de scriere și de calcul devin auxiliare valoroase pentru școlarizare. Tabelele sau « gestionarele » de fișiere și mai ales de tratare a textelor facilitează activitatea școlară a copiilor cu dizabilități sau cu dificultăți de învățare.
3. **Funcția „procedurală”.** Computerul și soft-urile specifice devin importanți factori inductori ai raționamentului și ai creativității, prin achiziționarea de noi cunoștințe funcționale și mai ales prin structurarea gândirii, dezvoltându-se și strategiile gândirii și plăcerea de a inventa. Computerul oferă, în general, elemente mai simple sau mai complexe, care sunt modulabile, oferindu-i copilului posibilitatea de a le găsi și organiza în forme noi în spațiu și durată. Se utilizează și soft-uri grafice obișnuite.
4. **Funcția „comunicațională”.** Rețelele locale și internetul permit stabilirea schimburilor comunicaționale, de informații permanente și la orice distanță, cu condiția ca persoanele cu anumite dizabilități să aibă la dispoziție tehnologiile de acces.
5. **Abordarea reeducativă.** Computerul, softurile și interfețele specializate sunt utilizate ca medii de reeducare funcțională. Alături de actul psihopedagogic și adesea în strânsă interacțiune cu acesta, actul reeducativ poate să repună în lucru instrumente noi și foarte specializate. Astfel este cazul

copiilor cu dizabilitate auditivă profundă sau cazul reeducării vorbirii copiilor cu dizartrie. În aceste cazuri copiii emit sunete care sunt tratate în secvențe temporale de un soft special, traducând grafic sunetul și în manieră ludică.

În general, elevii cu dizabilități auditive utilizează TIC la fel ca și elevii care nu prezintă deficit auditiv. La elevii cu dizabilități auditive surprindem aspecte generale și particulare în utilizarea TIC. Elevii cu dizabilități auditive, în cea mai mare parte a activităților de ludoterapie, a demersurilor psihopedagogice și reeducative utilizează tehnologii adaptate și softuri specifice, dar în același timp beneficiază și de facilitățile generale ale TIC. În procesul de predare-învățare și în ludoterapie se pune accent pe funcțiile tutoriale, procedurale și comunicaționale. Prin intermediul computerului, în cadrul demersurilor terapeutice adresate elevilor cu dizabilități auditive, ca de altfel și cu alte dizabilități, se poate apela la terapia ludică (softuri cu jocuri didactice, recreative, imaginative) și la terapia prin mediere artistică (desene, picturi pe computer). *Softurile specifice pentru elevii cu dizabilități auditive* se axează mai ales pe diagnosticarea gradului pierderii de auz, prin audiometria computerizată, pe reglarea computerizată a protezelor auditive și pe învățarea comunicării gestuale și pe reeducarea comunicării verbale. Există și dicționare informatice bilingve: de exemplu, dicționarul francez pentru limbajul semnelor gestuale franceze sau dicționarul englez pentru limbajul semnelor engleze. Aceste dicționare specifice pot contribui la dezvoltarea competențelor lingvistice și

de comunicare ale elevilor cu dizabilitate auditivă profundă. În activitățile terapeutice organizate cu ajutorul computerului, precum și în procesul de învățământ, se poate utiliza și un scanner sau un aparat foto digital pentru a-i furniza elevului informații scrise: cursuri, documente, scheme, imagini etc. *Rețelele de internet* pot fi utilizate de elevii cu dizabilități auditive pentru documentare, prin culegerea de informații cultural-științifice, pentru transmiterea-primirea de mesaje prin e-mail etc. Deci, putem spune că din cele de mai sus, rezultă faptul că în funcție de tipul dizabilității, o anumită abordare tehnologică și psihopedagogică va fi preponderentă. De exemplu, *dimensiunea de suplinire* va fi esențială pentru activitatea școlară și pentru terapiile ocupaționale în cazul elevilor cu dizabilitate vizuală sau a celor cu dizabilitate motorie; invers, în cazul elevilor cu dizabilitate auditivă nu se va pune accentul atât de mult pe tehnologiile de acces, pe dispozitivele tehnologice specifice, ci mai ales pe *demersurile psihopedagogice privilegiate*, care fac apel la dezvoltarea anumitor strategii și proceduri, facilitându-se

accesul la cunoștințe prin instrumente de tip tutorial.

Valorificarea valențelor formative ale jocului primește note specifice în cazul copiilor cu anumite dizabilități. *Criteriile de alegere a materialului, inclusiv a celui informatic*, au în vedere valoarea funcțională, experimentală, de structurare și de socializare a jocului (Aufauvre, 1988).

Metodologia cercetării

Metode utilizate

Observația sistematică, demonstrația, exercițiul, convorbirea (prin comunicare totală: verbală și gestuală).

Materiale utilizate

Soft-uri educaționale specifice, CD-uri, DVD-uri, jucării, diferite materiale stimulative pentru sfera senzorială auditivă și vizuală și pentru cea psihomotorie.

Lotul de participanți

108 elevi cu dizabilități de auz de la Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă nr. 2 Sibiu

Tabelul 1- Distribuția lotului de participanți

Grupa/ clasa	Număr de copii	Tipul pierderii de auz / nr. de elevi
Mică	13	Hipoacuzie profundă – 13
Mijlocie	10	Hipoacuzie severă – 3. Hipoacuzie profundă - 7
Mare	10	Hipoacuzie profundă – 10.
I	9	Hipoacuzie medie – 2. Hipoacuzie severă – 5 Hipoacuzie profundă – 2
II	10	Hipoacuzie severă – 6. Hipoacuzie profundă – 4
III	8	Hipoacuzie moderată – 4. Hipoacuzie severă – 4
IV	11	Hipoacuzie profundă – 11
V	8	Hipoacuzie moderată – 4. Hipoacuzie severă – 4
VI	8	Hipoacuzie moderată – 6. Hipoacuzie severă – 2
VII	10	Hipoacuzie moderată – 10
VIII	11	Hipoacuzie moderată – 4. Hipoacuzie severă – 7

Desfășurarea activităților de terapie ludică bazate pe utilizarea tehnologiei informației și comunicării

Folosirea tehnologiei informației și comunicării în activitățile de evaluare și reeducare funcțională, de terapie ludică și în activitățile didactice din școala pentru elevi cu dizabilitate auditivă se bazează pe infrastructura și dotarea specifică. Astfel, în *Cabinetul de audiologie* se utilizează CD-uri cu *Proba de înțelegere verbală Sibiu* pentru evaluarea nivelului de înțelegere a mesajelor verbale. În *Cabinetele de terapie limbajului* se utilizează CD-uri cu *probe nonverbale pentru memoria auditivă, discriminarea auditivă, diferențierea sunetelor*. La clasele I și a II-a se utilizează CD-uri cu probe neverbale pentru memorie auditivă, discriminare auditivă, diferențierea sunetelor și un soft educațional pentru matematică. La clasele a VII-a și a VIII a, unde este prevăzută 1 oră / săptămână de informatică, elevii învață să lucreze cu programele Windows, Excel, Fine Artist, Creative Writer (Popescu, 2003, 2004).

În cadrul activităților de **ludoterapie computerizată**, la copiii preșcolari și la elevii din clasele primare s-a utilizat mai întâi soft-ul „Detektiv Langohr”, conceput pentru copii care prezintă dizabilități auditive, cu **scopul activizării resturilor auditive și antrenării capacității de discriminare auditivă, auzului fonematic și memoriei auditive**.

„Detektiv Langohr”, este un program computerizat care cuprinde 72 de sunete și zgomote produse de animale sau de diferite obiecte. Programul cuprinde șase jocuri care ajută la educarea percepției auditive, discriminării auditive și

memoriei auditive a copiilor cu vârsta de peste 3 ani:

1. „Sunete / zgomote”: printr-un click, pot fi ascultate și învățate diferite sunete sau zgomote.
2. „Ce auzi?”: se învață sunete sau zgomote diferite, prin asociere cu imagini. Se poate alege gradul de dificultate al jocului, ușor, mediu, greu, cu 3, 5 sau 7 sunete/zgomote. Copilul trebuie să suprapună imaginea pe locul de unde a auzit sunetul sau zgomotul respectiv.
3. „Capcana”: jocul se structurează pe trei teme: în case se ascund oamenii, după pomi se ascund animalele, în tunele se ascund mijloacele de transport.
4. „Diferențiere”: diferențierea sunetelor sau zgomotelor se face după trei parametri: înălțimea, durata și intensitatea lor. Sunetele și zgomotele trebuie identificate în funcție de acești parametri.
5. „Memorarea sunetelor sau a zgomotelor”: trebuie găsite sunetele/zgomotele-perechi ascunse în merele dintr-un măr.
6. „Când ai auzit acest sunet / zgomot?”: patru imagini trebuie ordonate pe locurile de unde s-au auzit sunetele/ zgomotele.



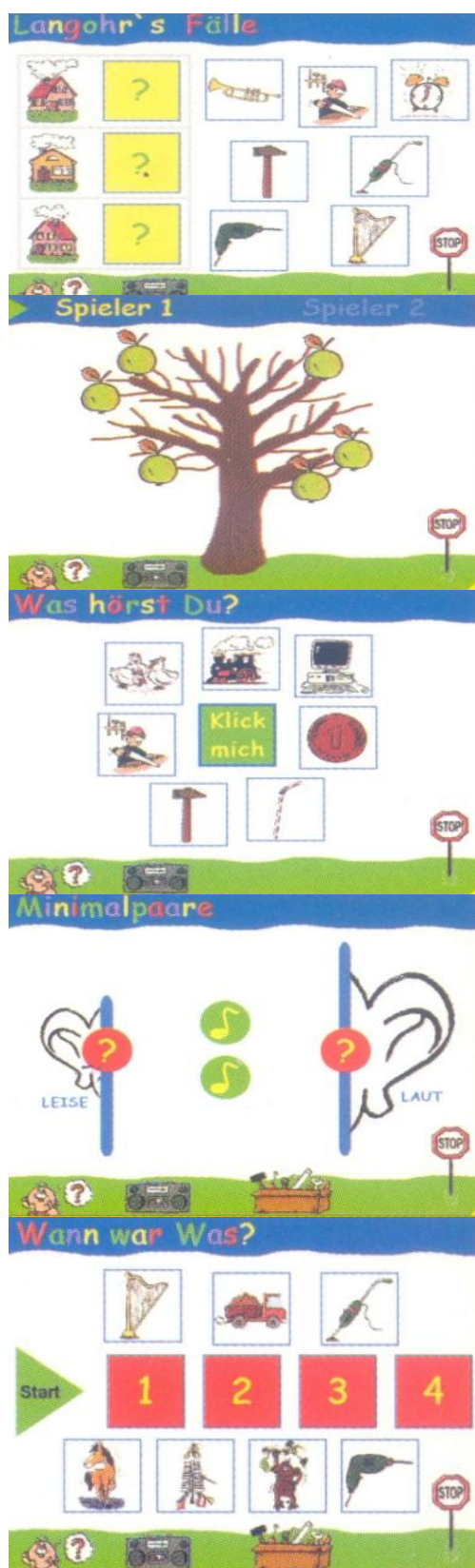


Fig. 1. Ilustrarea programului informatic „Detektiv Langohr”

Prin programul informatic „Detektiv Langohr” s-au atins obiectivele care au vizat stimularea și utilizarea resturilor de auz și dezvoltarea percepției auditive: stimularea sensibilității auditive; conștientizarea obiectelor ca surse sonore; perceperea diferitelor sunete/zgomote, recunoașterea, diferențierea și reproducerea lor; formarea abilității de localizare a sursei sonore (direcția); formarea capacității de discriminare auditivă (ritm, durata sunetelor, durata pauzelor, timbru, intensitate, înălțime); dezvoltarea atenției și memoriei auditive.

Obiectivele care vizează dezvoltarea abilităților perceptiv-vizuale implicate în comunicarea cu elevii cu dizabilități auditive și în terapia vizual-plastică, urmăresc: stimularea și dezvoltarea capacității senzoriale și perceptiv vizuale; exersarea unor parametri ai capacității vizuale (acuitate, discriminare, constanță perceptivă, structurare vizuo-motrică); dezvoltarea atenției și memoriei vizuale; exersarea unor activități de discriminare a culorilor, formelor, mărimilor etc.; dezvoltarea sensibilității vizuale.

În proiectarea și realizarea **activităților de ludoterapie și terapie vizual-plastică** și a celor didactice și corectiv-compensatorii, pentru realizarea obiectivelor operaționale destinate stimulării și dezvoltării **percepției vizuale** trebuie să se țină seama de faptul că - după cum arată Piaget și Inhelder (1964) - progresul în realizarea formelor se obține în raport cu reglările referitoare la: a) numărul unghiurilor (noțiunea de unghi trebuie însușită prioritar, fiindcă ea duce la noțiunea de linie dreaptă și nu invers); b) dimensiunea laturilor; c)

înclinarea liniilor. La aceasta adăugăm o bună anticipare a raporturilor “metrice” între diferite segmente ale unei figuri complexe, precum și capacitatea de a evalua în mod anticipat și corect coordonările dintre elementele constitutive ale unor figuri-stimul, capacități care constituie obiective formative ale demersurilor educaționale și corectiv-compensatorii desfășurate cu elevii.

Toate exercițiile pornesc, în primul rând, de la obișnuirea copilului cu explorarea activă, analitico-sintetică a stimulilor, în mod organizat. Ele urmăresc, totodată, punerea în relație a diferitelor elemente componente ale stimulilor complecși, structurând spațiul pe baza unor reprezentări spațiale tot mai adecvate, copiii dezvoltându-și capacitatea de reprezentare, de structurare și de organizare spațială perceptiv-motorie.

S-a constatat că *realizarea unor desene cu un editor specializat* facilitează atingerea unor obiective ale **educației plastice și ale terapiei vizual-plastice**. Compozițiile pot fi alese de către elevi, în funcție de abilitățile, preferințele și interesele lor, sau pot fi realizate pe baza unor teme propuse de profesor.

Un editor frecvent utilizat este „*Editorul PAINT*” care conține instrumente speciale pentru realizarea unor desene (după Craina, 2006, pp. 93-94). *Instructajul* dat elevilor este următorul.

- pentru lansarea în execuție: butonul *Start-stânga jos pe ecran → Programs → Accessories → Paint*;
- setarea paginii: meniul *File → Page Setup* și se alege: *Portrait* pentru

pagina pe lungime sau *Landscape* pentru ca pagina pe care se va lucra să fie așezată pe lățime;

- realizarea unor desene alb-negru, cu folosirea butoanelor din bara de butoane *Paint* (situate pe coloana din stânga);
- utilizarea culorii (situate pe rândul de jos al ecranului sau selectarea din meniul *Colors → Edit Colors*);
- lucrul cu meniul *Image*.

Redăm, mai jos, principalele activități și obiective ale ședințelor de educație estetică și de art-terapie vizual-plastică, adaptate după Craina (2006, p. 93), utilizate în cercetare pentru elevii din clasele V-VIII care prezintă dizabilități auditive.

În cadrul activităților desfășurate prin programul „*Terapii ocupaționale vizual-plastice asistate de calculator*” s-a realizat și *formarea formatorilor* (educatoare și profesori) pentru activizarea potențialităților elevilor cu dizabilități senzoriale (auditive) și pentru formarea la aceștia a unor stiluri cognitive/perceptive cât mai flexibile și dezvoltarea germenilor creativității, paralel cu dezvoltarea simțului estetic și creșterea stimei de sine.

Tabelul 2. Obiective și activități ale unei ore de educație estetică sau ședințe de art-terapie

Obiective de referință	Exemple de activități
Pe baza desfășurării activităților elevii vor fi capabili:	
1. Să analizeze creații vizuale găsite pe internet.	Analiza unor copii de desene și de picturi. Inventarierea unor surse de informare, bookmark-are.
2. Să utilizeze editorul grafic Paint.	Descoperirea facilităților oferite de editorul Paint. Realizarea de exerciții diverse cu editorul.
3. Să realizeze cu ajutorul calculatorului compoziții decorative pentru clasă, coridoarele școlii, pentru camera personală sau pentru alte spații.	Stabilirea unor teme/sarcini de lucru individuale și pe grupuri. Discutarea temei în contextul unor soluții de design descoperite pe internet. Alcătuirea unui desen de prezentare a temei alese. Aplicații de lucru cu diverse versiuni de sistem de operare, existente pe calculatoare. Exerciții de utilizare a coloristicii și a unor imagini adecvate temei.
4. Să amelioreze diverse compoziții realizate personal sau de colegi.	Căutarea de site-uri utile.
5. Să își dezvolte interesul pentru descoperirea de facilități de editare grafică cu ajutorul calculatorului.	Participarea la chat-uri pe teme de grafică și pictură.

În activitățile cu elevii cu dizabilități auditive s-au utilizat cu precădere activități ludoterapeutice pe baza unor softuri cu funcții corective, compensatorii și formative. Softurile elaborate pentru stimularea vizuală și trainingul vizual au constatat în: exerciții de explorare și percepție vizuală a formelor și culorilor; dezvoltarea capacității de coordonare ochi-mână în contextul ludoterapiei și a altor terapii ocupaționale; exerciții de identificare a poziției spațiale a imaginilor. În activitățile ludoterapeutice cu rol corectiv și formativ s-a utilizat « *Programul Visual Stimulation Software* » - elaborat de Roxana Cziker (2001). Aplicarea individualizată a programului de training vizual a avut următoarele efecte pozitive: s-a dezvoltat capacitatea de detectare, discriminare și identificare a formelor și culorilor; s-au dezvoltat calitățile atenției vizuale; a sporit funcționalitatea memoriei de lucru vizuale. Acest soft a avut valențe

formative și în activitățile de terapie ocupațională vizual-plastică.

Concluzii

Elevii cu dizabilități auditive au deprins sau și-au dezvoltat abilitățile de utilizare a tehnologiilor de acces bazate în principal pe utilizarea unor soft-uri utilizate în terapiile vizual-plactice asistate de calculator, cu scopul dezvoltării unor stiluri perceptiv-cognitive eficiente.

Participanții și-au format și dezvoltat abilitățile necesare utilizării internetului și altor activități de informare și comunicare prin utilizarea tehnologiilor de acces. Prin terapiile ocupaționale bazate și pe tehnologiile de acces s-au format și dezvoltat stilurile perceptiv-cognitive flexibile la elevii cu dizabilități auditive.

Prin activitățile desfășurate cu elevii cu dizabilități auditive s-a demonstrat necesitatea ca terapiile corectiv-compensatorii să includă ca și o

componentă nouă – activitățile bazate pe tehnologiile de acces – care s-au dovedit eficiente pe plan corectiv-compensator și formativ.

Prin utilizarea tehnologiilor de acces cu soft-uri specifice, s-au format și dezvoltat stilurile perceptiv-cognitive echilibrate și flexibile la elevii cu dizabilități auditive;

Prin activitățile desfășurate cu elevii cu dizabilități auditive s-a demonstrat necesitatea ca terapiile corectiv-compensatorii să includă ca și o nouă componentă – activitățile bazate pe tehnologiile de acces – deosebit de eficiente pe plan corectiv, compensator și formativ.

În stadiul actual al progresului tehnologic și al dezvoltării abordărilor neuropsihologice, cognitiviste și constructiviste se impune, deci, ca și în condițiile țării noastre, să se includă activitățile specifice de informare, de comunicare și constructiv-creative prin utilizarea TIC, respectiv a tehnologiilor de acces, în cadrul terapiilor cu valențe corectiv-compensatorii și formative.

Formarea “formatorilor” pentru utilizarea tehnologiilor informatice de acces de către elevii cu dizabilități auditive contribuie la optimizarea metodologiei psihopedagogice și a metodologiei terapiilor corectiv-compensatorii.

Bibliografie

Aufauvre, Marie-René (1988). *Pour eux aussi*, Catalogue jeux et jouets, Bruxelles.

Approche des modèles conceptuels en ergothérapie,
<http://www.anfe.asso.fr/livre/modele.htm>

Craina, S. (2006). *Computerul în activitatea educațională dincolo de ora de curs*, M.E.C., București.

Cziker, R. (2001). *Educația și stimularea vizuală la copilul cu deficiență vizuală*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

Piaget, J.; Inhelder, B. (1972). *Psihologia copilului*, București: Editura Didactică și Pedagogică.

Popescu, R. (2003). *Problematica deficiențelor de auz*, Sibiu: Editura Psihomedica.

Popescu, R. (2004), *Formarea și dezvoltarea competențelor de comunicare la copiii deficienți de auz*, Sibiu: Editura Universității Lucian Blaga.

Popovici, D.V.; Matei, S. R. (2005). *Terapie ocupațională pentru persoane cu dizabilități*. Constanța: Editura Muntenia

Preda, V., Ferenczi, I. (1995). *Abordarea obiectivelor pedagogice*. În: M. Ionescu (coord.). *Didactica modernă*, pp. 86-108, Cluj-Napoca: Editura Dacia

Preda, V. R. (2015). *Obiective, funcții și aplicații ale terapiei ocupaționale*. În: Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane. Academia Română. Filiala Cluj-Napoca. Departamentul de cercetări socio-umane, Cluj-Napoca: Editura Limes & Argonaut, pp. 385-394

Wilcook, A. (1986). *Occupational Therapy Approaches to Stroke*, Churchill Livingstone, London, New York.

¹Conf. univ. dr., Universitatea Lucian Blaga, Sibiu. E-mail: popescu.rodii@gmail.com

²Prof. psihopedagog dr., CRDEII, Cluj-Napoca

Dezvoltarea fluenței citirii în clasa I

Crina Maria IANCU¹

Abstract

This study presents the results of reading fluency ability in five first grade students as measured with PEAF (Probe for Assessing and Training Reading Fluency). The first evaluation was made in the beginning of the school year, in September 2014, and the second evaluation was seven months later, in April, 2015. The results demonstrate a significant improvement in reading fluency for all the participants. PEAF helps the teacher or the therapist to monitor the progress and to present the progress the students made to the students and to the parents. The results can be presented in a graphic for a better understanding.

Key words: first grade, reading fluency, PEAF (Probe for Assessing and Training Reading Fluency), Precision Teaching

Introducere

Formarea și dezvoltarea abilităților de citit-scris este un proces complex, care presupune multe exerciții. Preachizițiile însușite în etapa preșcolară pun bazele dezvoltării abilităților de citit-scris. Scrierea este cea mai complexă formă de comunicare, copilul trebuie să atingă un anumit nivel de abstractizare pentru a putea comunica în scris.

Jocul didactic este principala metodă de învățământ prezentă în clasa pregătitoare prin intermediul căreia elevii sunt introduși în lumea sunetelor și literelor. Evaluarea și monitorizarea rezultatelor reprezintă o prioritate pentru toți.

În programa de la disciplina Comunicare în limba română pentru clasa pregătitoare se regăsește competența generală **receptarea unei varietăți de mesaje scrise, în contexte de comunicare cunoscute**, competență care se formează prin recunoașterea unor cuvinte uzuale, din universul apropiat, scrise cu litere mari și mici de tipar în cadrul următoarelor activități:

- recunoașterea și numirea literelor mari și mici de tipar pe diferite suporturi (tablouri, cuburi, truse de jucării, asocierea formei unui nor cu o literă);
- asocierea unor litere și sunete;
- observarea etichetelor din clasă, plasate pe dulapuri, sertare, deasupra cuierelor, pe coșulețe de plastic, nuiele sau carton (în care se depozitează diferite lucruri) etc.; etichetarea se realizează împreună cu copiii;
- citirea globală a numelui scris cu litere de tipar pe dulăpior, la cuier, la colțul de prezentare al clasei, la panoul „Responsabilități” etc.
- jocuri care au cuvinte scrise sub imagine: „Loto”, „Domino”, „Bingo”;
- punerea în corespondență a unor cuvinte formate din 1-2 silabe cu imagini potrivite, reprezentând obiecte din universul apropiat;
- jocuri folosind carduri cu imagini ale unor obiecte și denumirea acestora;
- răsfoirea unor cărți care conțin doar imagini și „citirea” acestora în grup/ cu ajutorul cadrului didactic.

Toate activitățile desfășurate în clasa pregătitoare pun bazele formării deprinderilor de scris-citit. Verza (1983) prezintă factorii care influențează formarea deprinderilor de citit: dezvoltarea psihică generală, dezvoltarea intelectului, nivelul achizițiilor verbale și calitatea conduitei verbale, motivația pentru activitatea respectivă și interesul subiectului de a-și însuși cât mai repede noile achiziții.

Fluența citirii

Hațegan și Talaș (2014, p.36) definesc fluența citirii ca “abilitate specială de a decodifica rapid și acurat cuvinte, ceea ce facilitează recunoașterea cuvintelor suficient de rapid pentru a câștiga timp în citirea și înțelegerea textului din care cuvintele fac parte”.

În literatura de specialitate se regăsesc diferite teste sau probe care măsoară fluența citirii, acest indice al fluenței citirii contribuie la dezvoltarea înțelegerii unui text scris.

Studiile lui Chard, Vaughn, & Tyler (2002) evidențiază relația dintre fluența citirii și comprehensiune. Elevii care prezintă o rată crescută a fluenței își amintesc mai multe informații citite deoarece își alocă resursele cognitive în direcția decodificării cuvintelor noi și reușesc să integreze informația din textul citit în bagajul de cunoștințe pe care îl dețin (<http://www.k12reader.com/what-is-reading-fluency/>).

Descrierea Probei de Evaluare și Antrenare a Fluenței Citirii- PEAFc

Proba PEAFc a fost recent elaborată de Hațegan și Talaș (2014). Această probă a

fost elaborată urmând principiile “Precision Teaching”, “QuickSmart Reading”, “Great Leaps” și ținând cont de specificul limbii române. Proba conține liste de litere, silabe, cuvinte monosilabice, cuvinte bisilabice, cuvinte trisilabice, structuri sintactice, propoziții și texte. Itemii sunt organizați pe coloane, iar la sfârșitul fiecărui rând apare un număr care reprezintă numărul de cuvinte citite, pentru a facilita înregistrarea cuvintelor citite de către elev. În funcție de numărul de cuvinte citite/minut și în funcție de numărul de erori înregistrate, evaluatorul decide care listă o selectează pentru a fi citită de către elev. Evaluatorul înregistrează în fișa de cotare numărul de cuvinte pe care îl citește elevul într-un minut precum și numărul erorilor care apar în citire. Elevul urmărește în graficul realizat în fișa de cotare progresul pe care îl realizează în citirea corectă a cuvintelor în diferite liste.

Studii de caz.

Elevii T.C., F.A., P.A., M.T. și S.T. sunt elevi în clasa I la o școală gimnazială din mediul urban. Acești elevi au fost evaluați prin intermediul PEAFc în luna septembrie a anului școlar 2014-2015 și în luna aprilie a aceluiași an școlar (2014-2015). Scopul aplicării acestei probe a fost de a identifica progresul înregistrat în domeniul fluenței citirii de către cei cinci elevi.

În tabelele 1,2, 3, 4 și 5 sunt prezentate rezultatele înregistrate de acești elevi la citirea unor liste de cuvinte monosilabice, structuri semantice, propoziții și texte.

Tabelul 1. Rezultatele înregistrate de T.C. la citirea listelor de cuvinte monosilabice, structuri semantice, propoziții și texte

Cuvinte monosilabice				Structuri semantice				Propoziții				Texte			
Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori
60	0	82	0	76	1	86	1	72	0	84	0	73	2	91	1

Tabelul 2. Rezultatele înregistrate de F.A. la citirea listelor de cuvinte monosilabice, structuri semantice, propoziții și texte

Cuvinte monosilabice				Structuri semantice				Propoziții				Texte			
Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori
33	5	72	8	34	4	76	0	44	10	67	5	43	2	72	2

Tabelul 3. Rezultatele înregistrate de P.A. la citirea listelor de cuvinte monosilabice, structuri semantice, propoziții și texte

Cuvinte monosilabice				Structuri semantice				Propoziții				Texte			
Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori
37	2	89	2	44	2	98	0	37	3	82	4	42	0	102	4

Tabelul 4. Rezultatele înregistrate de S.T. la citirea listelor de cuvinte monosilabice, structuri semantice, propoziții și texte

Cuvinte monosilabice				Structuri semantice				Propoziții				Texte			
Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori
36	1	59	0	41	3	62	2	37	0	72	2	55	1	75	0

Tabelul 5. Rezultatele înregistrate de M.T. la citirea listelor de cuvinte monosilabice, structuri semantice, propoziții și texte

Cuvinte monosilabice				Structuri semantice				Propoziții				Texte			
Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori	nr. cuv.	nr. erori
60	3	80	2	52	3	96	1	62	5	89	6	68	3	107	1

În fig. 1 este prezentat grafic progresul înregistrat de cei cinci elevi la citirea cuvintelor monosilabice.

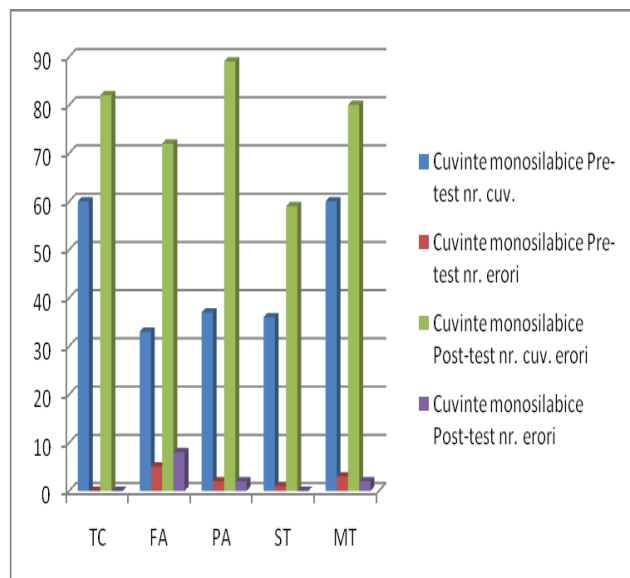


Fig. 1. Numărul de cuvinte și numărul de erori înregistrate de elevi la citirea textelor în etapa pre-test și post-test

În fig. 2 este prezentat grafic progresul înregistrat de cei cinci elevi la citirea structurilor semantice.

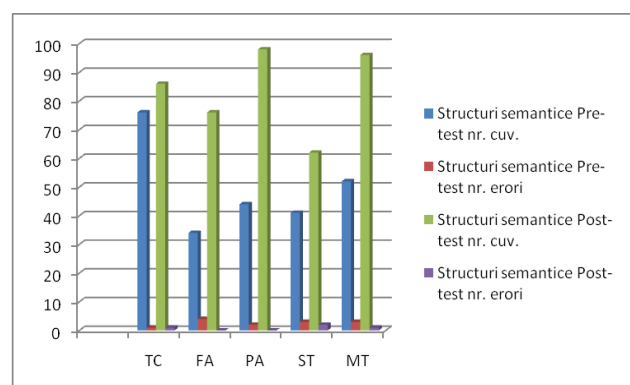


Fig. 2. Numărul de cuvinte și numărul de erori înregistrate de elevi la citirea structurilor semantice în etapa pre-test și post-test

În fig. 3 este prezentat grafic progresul înregistrat de cei cinci elevi la citirea propozițiilor.

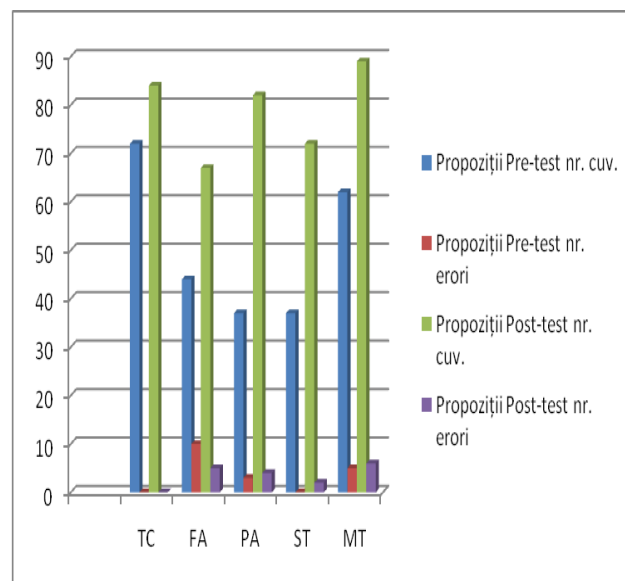


Fig. 3. Numărul de cuvinte și numărul de erori înregistrate de elevi la citirea propozițiilor în etapa pre-test și post-test

În fig. 4 este prezentat grafic progresul înregistrat de cei cinci elevi la citirea textelor.

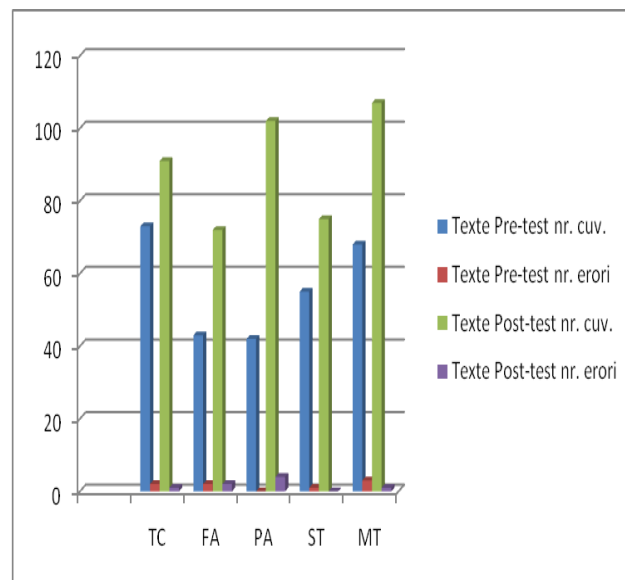


Fig. 4. Numărul de cuvinte și numărul de erori înregistrate de elevi la citirea textelor în etapa pre-test și post-test

Concluzii

Rezultatele prezentate demonstrează o îmbunătățire considerabilă a fluenței citirii la toate sarcinile de citire la toți elevii evaluați. Cel mai mare progres este înregistrat de către elevul P.A. care și-a dublat numărul de cuvinte citite la toate listele prezentate în etapa post-test, deși numărul de erori se menține, sau în cazul erorilor înregistrate la lista de propoziții crește de la 3 erori înregistrate în etapa de pre-test la 4 erori înregistrate în etapa post-test, iar la lista de texte elevul înregistrează 4 erori în etapa post-test deși în etapa pre-test nu a înregistrat nici o eroare. Acest fapt nu este îngrijorător deoarece fluența citirii a crescut considerabil în special în cazul listei de texte unde a citit în etapa pre-test un număr de 42 cuvinte, iar în etapa post-test un număr de 102 cuvinte. Erorile apărute se datorează probabil dorinței elevului de a citi cât mai multe cuvinte și de a finaliza textul în timpul alocat citirii.

În limba română nu există date care să evidențieze numărul de cuvinte sau intervalul de cuvinte pe care le citesc elevii la sfârșitul clasei I. Rezultatele înregistrate la Școala Horace Mann din US demonstrează că în clasa I elevii citesc 60 cuvinte/minut iar Fountas și Pinnell, 2009 apud Hațegan și Talaș (2014) evidențiază intervalul de 75-100 de cuvinte citite pe care elevii le citesc la sfârșitul clasei I.

Rezultatele înregistrate prin aplicarea probei PEAFc demonstrează faptul că în clasa I se pun bazele citirii fluente care influențează comprehensiunea citirii (Chard, Vaughn, & Tyler, 2002). Se recomandă aplicarea probei PEAFc la începutul clasei a II-a și la sfârșitul clasei

a II-a pentru a compara rezultatele înregistrate de elevii cuprinși în studiu.

Bibliografie

Bodea Hațegan, C., Talaș, D. (coord.)(2014). *Fluența verbală. Direcții teoretice și aplicații psihopedagogice*, Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Verza, E. (1983). *Disgrafia și terapia ei*, București: Editura Didactică și Pedagogică.

Chard, D.J., Vaughn, S., & Tyler, B.J. (2002). A synthesis of research on effective interventions for building reading fluency with elementary students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 35, 386-406.

XXX, (2014). *Programa școlară pentru disciplina COMUNICARE ÎN LIMBA ROMÂNĂ clasa pregătitoare, clasa I și clasa a II-a*, Ministerul Educației Naționale.

http://www.linkslearning.k12.wa.us/reading_links/readingmanuals/FLUENCYFACILITATOR.pdf

<http://www.k12reader.com/what-is-reading-fluency/>

¹Prof. Înv. Primar, Școala Gimnazială "Ioan Bob" Cluj-Napoca. E-mail: iancucrina@yahoo.com

Rețelele semantice adaptate vizual pentru elevii cu dizabilitate auditivă

Ioana ȘERBAN¹

Abstract

Semantic networks are used in enhancing verbal and cognitive development for students, before engaging in the study of a certain topic. They can also be used as a way to summarize the content of a lesson, as a technique of making new associations or of representing new meanings. When teaching literacy to hearing impaired students the most difficult aspects are the understanding the meaning of the words, building sentences and enriching the vocabulary.

Keywords: Semantic network, hearing impairment, vocabulary

O rețea semantică este o modalitate grafică de reprezentare a conceptelor și a relațiilor dintre ele, atât în plan orizontal, cât și vertical. Implementarea computațională a rețelelor semantice a avut loc mai întâi pentru inteligența artificială și pentru traduceri automate, însă versiunile anterioare au fost utilizate pe o perioadă îndelungată în filosofie, psihologie și lingvistică. Ce este comun pentru toate rețelele semantice este reprezentarea grafică declarativă, care poate fi utilizată fie pentru reprezentarea cunoștințelor sau pentru suportul sistemelor automate. Unele versiuni sunt foarte informale, dar alte versiuni sunt definite în mod oficial sisteme de logică (Miclea, 1994).

O rețea semantică are forma unui ansamblu de noduri și săgeți, orientate și etichetate.

Nodurile reprezintă obiectele. Un obiect poate fi un concept abstract sau particular, un atribut, etc. Săgețile sunt utilizate pentru a reprezenta legăturile care există între aceste obiecte.

Rețelele semantice au fost definite ca o metodă de brainstorming nelineară. Ele

pot fi folosite cu succes atât în faza de început a activității, la evocare, cât și în faza de consolidare, de reflecție. Metoda rețelelor semantice este utilizată pentru a le stimula elevilor abilitățile cognitive, înainte de a studia mai temeinic un anumit subiect. De asemenea această metodă mai poate fi folosită ca mijloc de a rezuma ceea ce s-a studiat, ca modalitate de a construi asociații noi sau de a reprezenta noi sensuri.

Etapele realizării rețelelor semantice sunt: scrierea cuvântului-nucleu în mijlocul paginii/tablei, urmată de scrierea cuvintelor ce pot fi asociate cu tema respectivă și apoi trasarea de linii între cuvintele între care se stabilește o relație.

În predarea limbii române la clasele primare cu elevi cu dizabilitate auditivă s-a observat că cele mai multe dificultăți sunt întâmpinate de elevi în înțelegerea cuvintelor, în formularea de propoziții și în dezvoltarea vocabularului, în general. Prin urmare, deși metoda rețelelor semantice este una concretă, de exemplificare a cuvintelor și de elaborare schematică a unui câmp lexical, componenta de comprehensiune verbală nu trebuie omisă.

În urma acestor observații apare ca fiind necesară și utilă elaborarea unei rețele semantice, bazate pe imagini pentru a încerca astfel pe de o parte depășirea barierei impuse de vocabularul redus ca unități lexicale al copiilor cu dizabilitate auditivă, iar pe de altă parte implementarea acestei metode activ-participative astfel încât să poată fi ușor de receptat, să contribuie la dezvoltarea vocabularului activ și implicit a limbajului.

Într-o primă fază de elaborare a adaptării acestei metode s-a renunțat la cuvintele scrise, înlocuindu-le cu imagini și lăsând doar anumite noduri în cuvinte scrise. Trebuie precizat că acestea din urmă au rămas astfel datorită imposibilității de transpunere în imagine. Este vorba despre noțiuni abstracte de tipul *activități specifice* (în anotimpul toamna de exemplu) care nu au un corespondent imagistic unanim acceptat. Aceste noduri sunt explicate copiilor cu dizabilitate auditivă utilizând comunicarea totală (limbaj gestual, scris, oral, dactileme).

În a doua fază, după ce copiii cu dizabilitate auditivă au recunoscut toate imaginile prezentate folosind limbajul gestual sau oral s-a trecut la denumirea lor. Astfel imaginile au fost păstrate în rețeaua semantică, iar denumirea lor s-a trecut în scris dedesubt sau în lateral – după caz. După ce copiii cu dizabilitate auditivă și-au însușit noțiunile din schemă și după ce fiecare denumire scrisă și orală a fost parcursă în cadrul unor activități de consolidare, s-a realizat în

faza a treia o lecție recapitulativă utilizând doar cuvinte din rețeaua semantică. Precizăm aici că pentru unele situații în care cuvântul este mai dificil sau nu a fost bine însușit, se pot păstra imaginile la îndemână, însă ele se vor indica doar de copil sau de profesor și nu se vor mai trece în rețeaua semantică ca atare, ci se va trece denumirea lor.

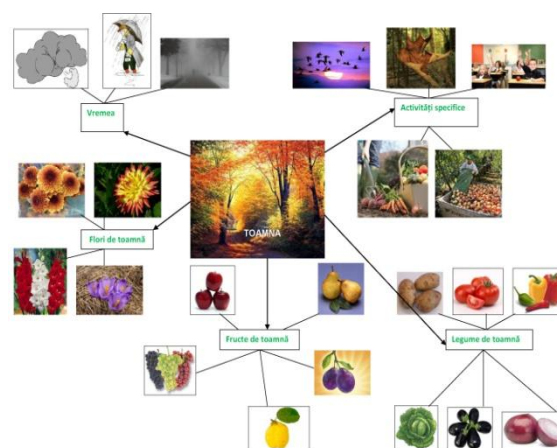


Fig. 1 Etapa I: Prezentarea rețelei semantice în imagini

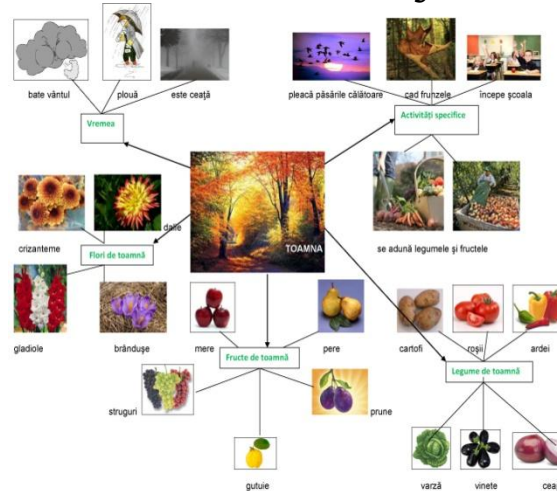


Fig. 2. Etapa a II-a: Prezentarea rețelei semantice în imagini însoțite de denumirea acestora

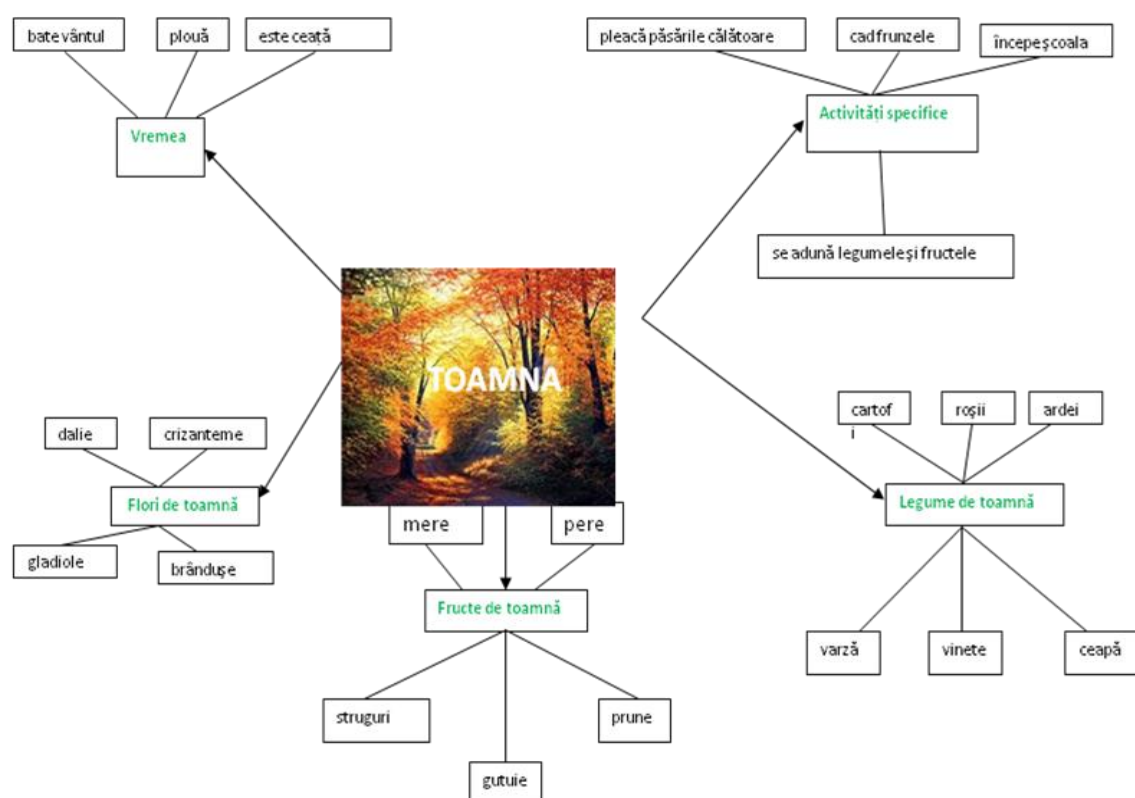


Fig. 3 Etapa a III-a: Prezentarea rețelei semantice în cuvinte

Aplicație practică

Impactul metodei rețelelor semantice adaptate vizual asupra dezvoltării vocabularului copiilor cu dizabilități auditive de vârstă școlară mică (clasa a IV-a)

Scopul acestui studiu este pe de o parte de a introduce metoda rețelelor semantice adaptate vizual copiilor cu dizabilități auditive de clasa a IV-a într-o manieră care să vină în întâmpinarea nevoilor lor specifice de comunicare – utilizând comunicarea totală, iar pe de altă parte de a investiga impactul metodei asupra dezvoltării elevilor. Impactul metodei se evaluează prin prisma achizițiilor lexicale ale copiilor cu dizabilități auditive din momentul evaluării inițiale a acestora (la începutul cercetării) și din momentul evaluării finale (la încheierea cercetării).

Obiectivul general

Evidențierea rolului formativ al metodei rețelelor semantice în dezvoltarea competențelor de comunicare ale elevilor cu dizabilități auditive.

Obiective specifice

- Prezentarea rețelelor semantice într-o formă particularizată, cu inserții de imagini pentru a obține o cât mai bună înțelegere a funcționării și a rolului metodei de către participanții cu dizabilități auditive;
- Prezentarea materialului lingvistic sub unghiul comunicării totale;
- Raportarea noțiunilor de vocabular (unităților lexicale) însușite de elevii cu dizabilități auditive, la metoda utilizată;
- Compararea rezultatelor inițiale și finale ale participanților cu dizabilități auditive din perspectiva achizițiilor lingvistice lexicale.

Ipoteza specifică

Utilizarea metodei rețelelor semantice, sub forma ei adaptată (cu imagini), va contribui la organizarea logică a câmpului lexical al temei studiate, ceea ce se va concretiza în identificarea unui număr semnificativ mai mare de cuvinte de la prima la ultima temă evaluată prin această metodă.

Procedura de lucru

Experimentul s-a derulat pe perioada unui an școlar. Predarea conținuturilor de limba și literatura română la clasa a IV-a pentru copiii cu dizabilități auditive s-a realizat exclusiv uzând de metoda *rețelelor semantice adaptată vizual*. Participanții au fost elevii clasei a IV-a, în număr de 11.

Etapele de lucru în prezentarea și utilizarea metodei pentru fiecare temă parcursă au fost următoarele:

- Prezentarea temei de studiu și utilizarea cunoștințelor anterioare despre subiect în scopul familiarizării cu noțiunile prezentate, al reactualizării informațiilor existente în memoria participanților și al concentrării atenției pe câmpul lexical utilizat.
- Prezentarea metodei și implementarea acesteia în studiul temei.
- Lucrul efectiv cu noțiunile cunoscute și cele nou predate: identificare de imagini; asociere imagine - cuvânt scris - cuvânt rostit – semn gestual;

Tabelul 1. Indicii statistici privind numărul de cuvinte identificate corect pentru metoda "Rețele semantice".

Descrierea itemilor	Proba de evaluare inițială (N=37)	Proba de evaluare finală (N=37)
---------------------	-----------------------------------	---------------------------------

denumire de imagini; despărțire în silabe; completare de propoziții eliptice; alcătuire de enunțuri.

- Evaluarea vocabularului însușit prin intermediul metodei utilizate printr-o probă informală.

Designul experimental

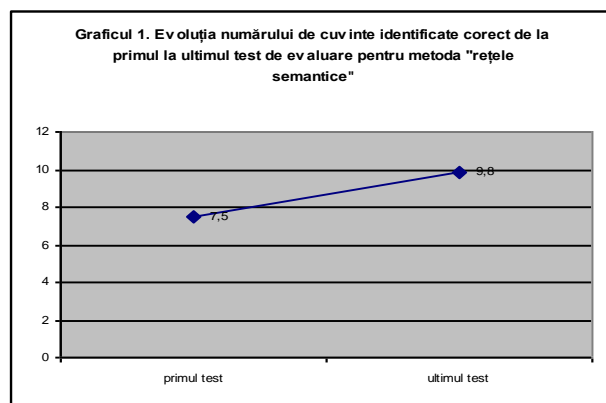
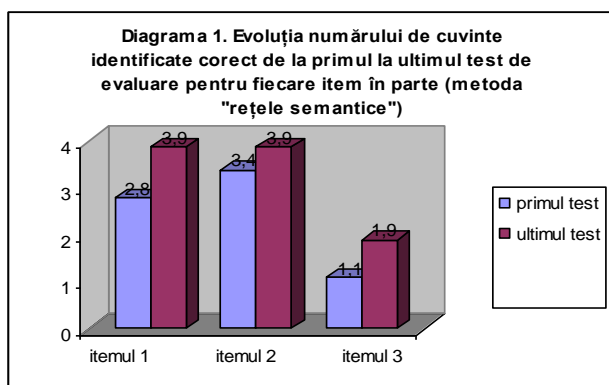
Pentru verificarea ipotezei de cercetare am utilizat un design experimental simplu

- Variabila independentă: prezentarea conținuturilor de limba română prin utilizarea metodei "*rețele semantice*" sub forma ei adaptată.
- Variabila dependentă: numărul de cuvinte identificate corect la proba de evaluare

Rezultate obținute

Pentru verificarea ipotezei referitoare la dezvoltarea vocabularului prin utilizarea metodei „Rețele semantice” s-a comparat numărul de cuvinte identificate corect la proba de evaluare inițială și numărul de cuvinte identificate corect la proba de evaluare finală pentru fiecare item în parte, și per global pentru toți itemii. Tabelul 1 prezintă statistica descriptivă pentru rezultatele obținute la proba informală de vocabular.

Itemul 1. (identificarea de cuvinte specie pt. un cuvânt gen dat)	m=2,8919 $\sigma=,90627$ ZKS=1,602 (p=,012 S)	m=3,9459 $\sigma=1,10418$ ZKS=1,761 (p=,004 S)
Itemul 2. (denumirea de imagini date)	m=3,4054 $\sigma=,92675$ ZKS=2,689 (p=,000 S)	m=3,9730 $\sigma=,16440$ ZKS=3,274 (p=,000 S)
Itemul 3. (identificarea cuvintelor în propoziții lacunare)	m=1,1892 $\sigma=1,07595$ ZKS=1,319 (p=,062 NS)	m=1,9730 $\sigma=,89711$ ZKS=1,370 (p=,047 S)
Total	m=7,5135 $\sigma=2,14245$ ZKS=,842 (p=,478 NS)	m=9,8649 $\sigma=1,82821$ ZKS=1,169 (p=,130 NS)



Se poate observa în tabelul 1, respectiv în diagrama 1 și graficul 1 că există o evoluție pozitivă în dezvoltarea vocabularului de la proba de evaluare inițială, la proba de evaluare finală, prin utilizarea metodei activ-participative

„rețele semantice”, participanții identificând corect mai multe cuvinte la proba finală, în comparație cu proba inițială. Pentru a vedea dacă aceste diferențe sunt și semnificative statistic am testat mai întâi normalitatea distribuției folosind testul Kolmogorov-Smirnov (tabelul 1). Rezultatele obținute la acest test ne arată că doar scorurile globale rezultate prin însumarea scorurilor parțiale obținute la fiecare item în parte sunt normal distribuite ($Z_{KS}=,842$, $p=,478$ pentru proba de evaluare inițială și $Z_{KS}=1,169$, $p=,130$ pentru proba de evaluare finală), în timp ce scorurile înregistrate de participanți la fiecare item în parte nu sunt normal distribuite ($Z_{KS}=1,602$, $p=,012$ pentru proba de evaluare inițială - itemul 1, $Z_{KS}=1,761$, $p=,004$ pentru proba de evaluare finală - itemul 1; $Z_{KS}=2,689$, $p=,000$ pentru proba de evaluare inițială - itemul 2, $Z_{KS}=3,274$, $p=,000$ pentru proba de evaluare finală - itemul 2 și $Z_{KS}=1,370$, $p=,047$ pentru ultimul test itemul 3).

Prin urmare, pentru a testa această ipoteză specifică s-a aplicat testul *t* pentru eșantioane perechi pentru scorul global (tabelul 2) și testul Wilcoxon

pentru eșantioane perechi pentru scorurile înregistrate la fiecare item în parte (tabelul 3).

*Tabelul 2. Rezultatele comparației între mediile obținute la prima și la ultima probă de evaluare pentru metoda “rețele semantice” (testul *t* pentru eșantioane perechi).*

Diferența între perechi						t	df	p
Media	Abaterea standard	Eroarea standard medie	Intervalul de încredere 95%					
			Minim	Maxim				
Proba de evaluare inițială vs. Proba de evaluare finală	-2,35135	1,00599	,16538	-2,6867	-2,0159	-14,218	36	.000

Tabelul 3. Rezultatele comparațiilor numărului de cuvinte identificate corect pentru fiecare item – metoda „rețele semantice” (testul Wilcoxon).

Primul test vs. ultimul test de evaluare	Media rangurilor	Z	p
Itemul 1. (identificarea de cuvinte specie pentru un cuvânt gen dat)	Ranguri negative 8,50 Ranguri pozitive 14,72	-4,564	.000
Itemul 2. (denumirea de imagini date)	Ranguri negative 1,00 Ranguri pozitive 7,00	-3,271	.001
Itemul 3. (identificarea cuvintelor în propoziții lacunare)	Ranguri negative 13,50 Ranguri pozitive 15,11	-4,524	.000

După cum se poate observa din tabelele 2 și 3 există o diferență semnificativă a numărului de cuvinte identificate corect atât pentru scorul global obținut pentru metoda “rețele semantice” [$t(36) = -14,218$, $p = .000$, $d = 2,36$], cât și pentru fiecare item în parte ($Z = -4,564$, $p = .000$, $r = 0,75$ pentru itemul 1; $Z = -3,271$, $p = .001$, $r = 0,53$ pentru itemul 2; $Z = -4,524$, $p = .000$, $r = 0,74$ pentru itemul 3).

Prin urmare, ipoteza experimentală este confirmată și putem afirma că utilizarea metodei activ-participative “rețele semantice” în forma sa adaptată pentru copiii cu dizabilități auditive are drept

efect dezvoltarea vocabularului activ și achiziția de noi unități lexicale. Mai mult, pentru că indicatorul *d* al lui Cohen are o valoare $>1,00$ se poate sublinia că metoda activ-participativă “rețele semantice”, în forma sa adaptată are un efect foarte puternic asupra dezvoltării abilităților lexico-semantice.

Bibliografie

- Bloom, P. (2000). *How children learn the meanings of words*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Clark, E. V. (2006). Color, reference, and expertise in language acquisition.

Journal of Experimental Child Psychology, 94, 339-343. disponibil la www.sagepub.com

Auz, Cluj-Napoca.
ioana.serban@gmail.com

E-mail:

Courtin, C. (2000). The impact of sign language on the cognitive development of deaf children: The case of theories of mind. *Journal of Deaf studies and Deaf Education*, 5, 266-276.

Fawzy, E. (2006). Comparing creative thinking abilities and reasoning ability of deaf and hearing children. *Roeper Review*, 28, 140-147.

Gleitman, L. R., Cassidy, K., Nappa, R., Papafragou, A., & Trueswell, J. C. (2005). Hard words. *Language Learning and Development*, 1, 23-64.

Lejeune, B., & Demanez, L. (2006). Speech discrimination and intelligibility: Outcome of deaf children fitted with hearing aids or cochlear implants. *Belgian ENT*, 2, 63-68.

Miclea, M. (1994). *Psihologie cognitivă*; Cluj-Napoca: Casa de Editură Gloria.

Pamfil, A. (2008). *Limba și literatura română în gimnaziu. Structuri didactice deschise*; Pitești: Editura Paralela 45.

Rottenberg, C. (2001). A deaf child learns to read. *American Annals of the Deaf*, 146, 270-275.

Schirmer, B. R. & McGough, S. M. (2005). Teaching reading to children who are deaf. *Review of Educational Research*, 75, 83-117.

¹Prof. psihopedagog, Dr., Liceul Tehnologic Special pentru Deficienți de

Proiectele Erasmus+

Cadru de dezvoltare profesională și personală a specialiștilor în terapia tulburărilor de limbaj și de comunicare

Raluca (SOARE) TRIFU¹

Abstract

Erasmus+ Program financed by European Union represents a real opportunity in empowering life long learning concept. Taking the opportunity for such a financial aid, 50 speech and language therapists gained theoretical and procedural knowledge in works with children with Autism Spectrum Disorder. "The Magic to communicate" coordinated by Youth Movement for Development of the Rural Areas in Bulgaria in partnership with Latvijas Logopēdu Asociācija, Asociația Specialiștilor în Terapia Tulburărilor de Limbaj din România, Estonian Logopedists' Union and Lithuanian Logopedist Association, designed as a summer school, created the framework for better understanding the communication needs and language impairments in ASD. The program also represents a good change to increase professionalism of SLT and to enhance service quality in therapy with ASD.

Keywords: Erasmus+, Life Long Learning, Speech and Language Therapy (SLT)

Life long learning

Învățarea pe tot parcursul vieții este un concept cheie al politicilor europene, o stare de fapt asumată și implementată prin diferite mecanisme de finanțare ale Uniunii Europene.

„Life loong learning” reprezintă o orientare ținută, voluntară, auto-motivantă de a învăța, din motive personale sau profesionale (Education, Students, Formation, Papers, & Aid, 2000). Comisia „*Making a European Area of Lifelong Learning a Reality*” din anul 2001 și *Rezoluția Consiliului Asupra Învățării pe Tot Parcursul Vieții* din 2002, au subliniat importanța acestui tip de învățare în vederea sporirii competitivității și șanselor de angajare, dar totodată și pentru incluziunea socială, cetățenie activă și dezvoltare personală. „Învățarea adulților este o

componentă vitală a învățării pe tot parcursul vieții”(Commission, 2006).

Învățarea pe parcursul vieții deține pe de o parte un caracter formal, iar pe de altă parte unul informal sau non-formal.

Învățarea poate fi informală și se poate desfășura în cadrul activității profesionale printr-o serie largă de proiecte personale și profesionale, organizaționale, de dimensiuni mai mari sau mai mici. Învățarea informală are la bază concepte cheie precum „învățarea din experiență, cunoașterea implicită, transferul de învățare și practica intuitivă”(Eraut, 2004).

Învățarea formală în cazul educației continue a adulților se realizează într-un cadru organizat bine determinat, în care adulții conștientizează mult mai exact „ceea ce se învață, modul în care se învață și care sunt factorii care

influențează direcția și efortul învățării”(Eraut, 2004).

Indiferent de domeniul în care o persoană este activă profesional, formarea sa continuă fie la locul de muncă, fie prin proiecte complementare. Progresul profesional al fiecărui individ depinde însă de gradul său de implicare și de dorința sa de a deveni un profesionist în domeniul său de activitate.

Prin mecanismul **Horizon 2020**, mai exact *Programul Erasmus Plus*, Uniunea Europeană a creat baza legală pentru finanțarea programelor de învățare pe tot parcursul vieții, într-un cadru dinamic, dar și complex. În conformitate cu documentul cadru *Comunicarea Comisiei din 29 iunie 2011* intitulat „*Un buget pentru Europa 2020*” (Parlament European & CU Europene, 2013) se solicită crearea unui program unic în domeniul educației, formării, tineretului și sportului și al aspectelor internaționale din învățământul superior. Acest program reunește în fapt programul de acțiune din domeniul învățării pe tot parcursul vieții, denumit „*Învățarea pe tot parcursul vieții*”, instituit prin Decizia nr. 1720/2006/CE a Parlamentului European și a Consiliului UE (Jurnal Oficial UE & UE, 2010), precum și programele anterioare „Tineret în acțiune”, „Erasmus Mundus”, „ALFA III”, „Tempus” și „EduLink”. Scopul noului Erasmus Plus este acela de a crea un cadru de învățare care să asigure „o mai mare eficiență, o concentrare strategică mai solidă și sinergii care să fie exploatate între diferitele aspecte ale programului unic”

(Parlament European & CU Europene, 2013).

Proiecte Erasmus+ în sprijinul SLT

Beneficiind de cadru legal “Erasmus+” **Programme of the European Commission** și de o finanțare venită din partea Uniunii Europene, prin intermediul “*Human Resource Development Center*” din Bulgaria, *Youth movement for development of the rural areas in Bulgaria* (www.ymdrab.eu) în parteneriat cu *Latvijas logopēdu asociācija* – www.logopedi.lv, *Asociația Specialiștilor în Terapia Tulburărilor de Limbaj din România* – www.asttlr.ro, *Estonian Logopedists’ Union* – www.elu.ee și *Lithuanian Logopedist Association* au implementat împreună programul “**The Magic to communicate**”. Scopul principal al acestui proiect l-a constituit un curs de formare internațional, pe tematica comunicării la persoanele cu tulburări din spectrul autist. Programul a fost destinat specialiștilor în terapia tulburărilor de limbaj și de comunicare și s-a desfășurat în perioada 31.07.2015 to 09.08.2015 în Kranevo, Bulgaria. Prin intermediul acestui training au fost reuniți 50 de specialiști în terapia tulburărilor de limbaj și de comunicare (logopezi practicieni, proaspeți absolvenți, studenți) din Lituania, Letonia, Estonia, România și Bulgaria.

Cursurile de formare au fost ținute de traineri internaționali. Din partea ASTTLR au susținut cursuri în calitate de formatori Conf. univ. dr. Carolina Bodea Hațegan și Lector. Asociat Dr. Dorina Talaș. Activitățile au avut la bază principiile educației non-formale incluzând prezentări, grupuri de lucru

mixte, exerciții practice, joc de rol, discuții de grup, vizite de lucru la diferite instituții specializate în asistarea persoanelor cu tulburări din spectrul autist (TSA). În cadrul activităților participanții au învățat principiile și aplicabilitatea diferitelor metode în munca cu tinerii/copii cu TSA. Au schimbat idei, și-au împărtășit experiențele proprii, au evidențiat bunele practici în abordarea persoanelor cu TSA și și-au însușit totodată abilitățile practice care să îi ajute în abordarea cu succes terapiilor de limbaj și comunicare din spectrul autist.

Beneficiu major al acestui curs îl constituie rețeaua socială și profesională creată între specialiștii logopezi din cele cinci țări menționate. Această rețea poate constitui în viitor un liant al unei eventuale colaborări profesionale în vederea îmbunătățirii calității și inovării serviciilor logopedice destinate persoanelor cu TSA. Proiectul a oferit un puternic cadru facilitator al educației și schimburilor interculturale și a ajutat la conștientizarea faptului că tulburările de comunicare din spectrul autist sunt general valabile și nu depind de limbă și cultură, în pofida particularităților lingvistice ale limbii materne. Astfel s-au creat bazele unei viitoare colaborări între organizațiile partenere ale acestui proiect.

În cadrul activităților desfășurat în proiect s-a apelat la folosirea tehnologiilor informaționale, iar formatorii au pus la dispoziție programele software și aplicațiile Android sau IOS utilizate în cadrul terapiilor logopedice cu copii cu TSA.

Dr. Plamen Dimitrov în calitate sa de formator invitat a prezentat beneficiile utilizării analizei EEG funcțional în cazul autismului, ca metodă obiectivă și non-invazivă în vederea screening-ului timpuriu și stabilirii diagnosticului diferențial.

În aceeași idee de stabilire a unui diagnostic timpuriu, dar și a monitorizării progreselor intervenției terapeutice, Dr. Ioannis Vogindroukas, specialist în patologia limbajului și comunicării, a prezentat programul Developmental Profile of Social Communication (Vogindroukas, 2015). Programul în sine este un software care permite terapeutului să contureze un profil complet al unei persoane cu TSA, apelând la o reprezentare grafică. Profilul urmărește toate palierele de dezvoltare, punând accentul pe sociabilitate, socializare, comunicare, joc, limbaj, vorbire, scriere, abilități adaptative, reprezentare în oglindă, comunicarea non verbală, reprezentarea mentală, simbolismul, codarea limbajului, corespondența fonem grafem, etc. Prezentarea profilului ca instrument de lucru în terapia cu persoanele cu TSA a fost urmată de numeroase activități practice prin care logopezii au putut să creeze profile de dezvoltare pentru copii cu TSA, pe baza modelelor prezentate prin filmule sau a cazurilor pe care logopezii practicieni le au în terapie.

Multitudinea de resurse pe care un terapeut de limbaj le poate folosi în terapia cu copii cu TSA au fost sintetizate prin prezentarea lect. asociat dr. Dorina Talaș, iar conf. univ. dr. Carolina Bodea Hațegan a subliniat

importanța stabilirii diagnosticului diferențiat în cazul copiilor cu TSA și a celor cu dizabilitate de auz. De multe ori copii cu dizabilitate de auz primesc inițial diagnostice greșite precum autism sau ADHD, după cum este sublimat încă de timpuriu de alte cercetări din literatura de specialitate (Capd & Force, 1996). Iar diagnosticare lor corectă în vederea primirii de terapii logopedice specifice are o importanță aparte.

Poveștile sociale și dezvoltarea abilităților de citire sunt aspecte care trebuie incluse în terapia copiilor cu TSA, iar activitățile lectorilor din partea ASTTLR au ținut nu doar simpla prezentarea a principiilor care stau la baza terapiei, ci și exersarea utilizării lor. Grupe mixte de logopezi și-au folosit abilitățile terapeutice și creativitatea pentru a crea povești sociale, ce prezentau diferite contexte de viață reală, destinate copiilor cu TSA.

Profesor universitar Sarmīte Tūbele de la Universitatea din Latvia a încercat să răspundă întrebării „*Pot copii cu autism să citească și să scrie*”. Argumentarea răspunsului a creat cadrul formal de discuții privind modul în care copii cu TSA procesează informația, privind tipologia și simptomatologia tulburării, privind preconcepțiile privitoare la TSA. Studiile de caz și filmulețele au fost utilizate ca bază de discuții.

Anna Manoleva, trainer din Bulgaria, experimentat în munca cu copii cu autism, a încercat prin prezentarea sa intitulată *Development of skills for interaction and communication in children with autism*, să facă cunoscută și altor logopezi abordarea sa, ca tehnică terapeutică, pentru dezvoltarea

limbajului și a comunicării la acești copii. Interacțiunea, comunicarea, comprehensiunea și vorbirea sunt principalii piloni și sursa unei intervenții de succes.

Fiecare informație în particular și ansamblul prezentărilor despre terapia tulburărilor de limbaj și de comunicare la persoanele cu TSA, în general, constituie un pachet de cunoștințe teoretice extrem de valoros. Totodată „*know how-ul*”, exemplele de bune practici și interculturalitatea pe care cei 50 de specialiști în terapia tulburărilor de limbaj și de comunicare le-au experimentat și le-au însușit au creat premisele formării continue a logopezilor.

Programele europene de genul Erasmus+ reprezintă *de facto* posibilități de dezvoltarea personală și profesională pe care specialiștii în terapia tulburărilor de limbaj și de comunicare trebuie să le cunoască, să le promoveze și să le folosească în vederea creșterii calității serviciilor pe care ei le livrează către comunitate dar și pentru întărirea profesiei lor.

Bibliografie

Capd, A., & Force, T. (1996). Recognizing and Treating Children with Central Auditory Processing Disorders Maxine L. Young, M. S., CCC-A / SLP, FAAA.

Commission, E. Adult learning: It is never too late to learn, COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES 1-12 (2006). COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES.

<http://doi.org/10.1080/02601370701219418>

Education, E., Students, P. T., Formation, P., Papers, P., & Aid, S. F. (2000). Learning for Life: White Paper on Adult Education. *Document Resume*, (July), 4-5.

Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247-273. <http://doi.org/10.1080/158037042000225245>

Jurnal Oficial UE, & UE. DECIZIA NR. 1357/2008/CE A PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI A CONSILIULUI din 16 decembrie 2008 de modificare a Deciziei nr. 1720/2006/CE de stabilire a unui program de acțiune în domeniul învățării continue. (2010).

Parlament European, P., & CU Europene, C. U. L 347/50. REGULAMENTUL (UE) NR. 1288/2013 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ȘI AL CONSILIULUI din 11 decembrie 2013 de instituire a acțiunii „Erasmus +”: Programul Uniunii pentru educație, formare, tineret și sport și de abrogare a Deciziilor nr. 1719/2006/CE, nr (2013).

Vogindroukas, I. (2015). Developmental Profile of Social Communication. Retrieved from <http://ieel.gr/en/home/>

¹ Drd., Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca. E-mail: Soare.Raluca@umfcluj.ro