2016

INTERLOGOPEDICA

Revista Specialiștilor în Terapia Limbajului din Centrele Logopedice Interșcolare Cluj

Publicație online a Centrului Logopedic Interșcolar Cluj
CJRAE-CLUJ

INTERLOGOPEDICA

REVISTA SPECIALIȘTILOR ÎN TERAPIA LIMBAJULUI DIN CENTRELE LOGOPEDICE INTERȘCOLARE CLUJ

Publicație online a Centrului Logopedic Interșcolar Cluj

Colegiul de redacție:
Panțiru Daciana –coordonator
Membrii:
Grigorovici Anca
Murzac Claudia
Buzzo Elena Lăcrămioara

Interlogopedica (Online) = ISSN 2457-8177
ISSN–L 2457-8177

*Autorii sunt responsabili pentru conținutul articolelor

Nr.2/2016

CUPRINS

Rolul şi importanţa utilizării jocurilor didactice în terapia dislexiei-disgrafiei- dr. Chișu Silviana, *Logoped specialist, CJRAE Cluj, Liceul Teoretic „Mihai Eminescu”*, Cluj-Napoca 4

Abordarea terapiei logopedice în disgrafie din perspectiva stimulării senzoriale- Matei Ioana – *Profesor logoped CJRAE Cluj*, *Școala Gimnazială “Traian Drajan”*Cluj - Napoca 10

Implicaţii ale dificultăţilor de limbaj şi comunicare asupra dezvoltării socio-emoționale- Grigorovici Anca -*Profesor logoped CJRAE Cluj*, *Liceul Teoretic „Onisifor Ghibu”,* Cluj Napoca; Panțiru Daciana Maria -*Profesor logoped CJRAE Cluj, Colegiul Național „George Coșbuc”,* Cluj Napoca 16

Factori de risc în apariția tulburărilor specifice de învățare la copii- Ramona Lupu – *Prof. Dr. Logoped CJRAE Cluj*, *Școala Gimnazială „Iuliu Haţieganu”* Cluj-Napoca,Viorel Lupu - *Conf. Univ. Dr., Disciplina de Psihiatrie și Psihiatria copilului şi adolescentului, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Haţieganu”* Cluj-Napoca 22

Disfluența verbală în afazie, urmare a unui AVC- Elena Lăcrămioara Buzzo (Prihoi) *Logoped specialist, CJRAE Cluj, Liceul “Tiberiu Popoviciu”*, Cluj Napoca 28

Metode și instrumente compensatorii în terapia discalculiei- Corina Buta - *Profesor logoped CJRAE Cluj, Liceul Teoretic „Ana Ipătescu” Gherla* 34

Rolul şi importanţa utilizării jocurilor didactice în terapia dislexiei-disgrafiei

dr. CHIȘU SILVIANA, *logoped specialist,*

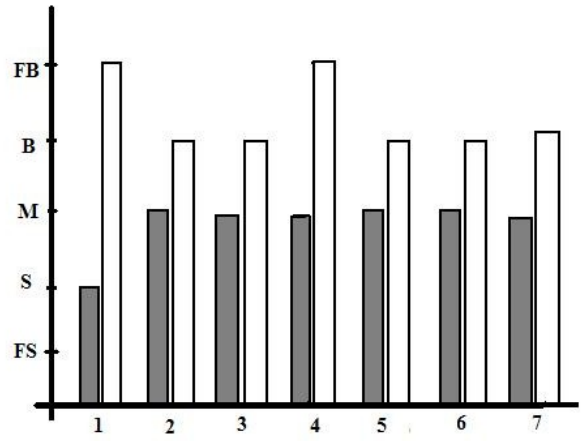
CJRAE / L.T. „Mihai Eminescu”, Cluj-Napoca

În lucrarea de faţă doresc să evidențiez rolul jocurilor didactice utilizate în terapia dislexiei-disgrafiei, precum şi importanţa lor în dezvoltarea proceselor neuropsihologice şi cognitive absolut necesare în achiziţia scris-cititului. Utilizarea jocurilor didactice în terapia tulburărilor limbajului scris contribuie la **dezvoltarea capacităţii de analiză și sinteză, dezvoltarea spiritului de observaţie, dezvoltarea capacităţii de-a efectua comparaţii, dezvoltarea capacităţii de abstractizare şi generalizare, dezvoltarea limbajului**. Aceste activităţi ludice se desfăşoară într-o atmosferă stenică, care mobilizează şi activizează resursele motivaţionale ale elevilor dislexico-disgrafici. Jocurile didactice sunt deosebit de utile atât din punct de vedere **cognitiv**, cât şi din punct de vedere **formativ.** Jocurile didactice se utilizează cu precădere în mod individualizat sau pentru un grup restrâns de copii, grupuri ţintă care manifestă aceeaşi problematică. Implementarea jocurilor didactice în programele terapeutice ale copilului dislexic-disgrafic va ţine cont în permanenţă de obiectivele propuse în programul terapeutic şi nevoile de dezvoltare ale copilului.

Pentru a verifica eficienţa jocurilor didactice utilizate în cadrul activităţilor de terapie logopedică, am utilizat exerciţii speciale cu ajutorul jocurilor didactice, aplicate în cadrul fiecărei şedinţe terapeutice pe parcursul a 10-12 minute, pe un eşantion de 7 copii cu vârsta de 8 ani (3 fete, 4 băieţi). Grupul de control în număr de 7 copii de aceeaşi vârstă (elevi din clasa a II-a) nu au beneficiat de aceste tipuri de exerciţii. Comparând rezultatele obţinute de cele două grupe la sfârşitul anului şcolar 2014-2015 am putut observa că :

- Subiecţii grupului experimental reuşesc să parcurgă mai uşor şi mai rapid anumite etape de corectare prin gradarea sarcinilor la fel ca şi în cadrul jocurilor.
- Se observă că datorită varietăţii materialelor utilizate, prin alternarea sarcinilor şi adaptarea lor la fiecare caz, activităţile devin mult mai atractive, competitive şi mult mai uşor de realizat. Copiii nu manifestă oboseală, plictiseală sau dezinteres.
- Jocurile permit o mai bună dozare a efortului, stimulează resursele energetice şi motivaţionale ale copilului pentru realizarea de noi sarcini în mod ludic, fără efort.
- Utilizarea jocurilor didactice a permis acumularea de noi cunoştinţe copiilor din grupul experimental (implicit dezvoltarea proceselor cognitive) şi au contribuit la perfecţionarea deprinderilor de scriere.
- Prin utilizarea jocurilor didactice s-au dezvoltat procese psihice precum: percepţia, atenţia, spiritul de observaţie, precum şi capacitatea de analiză, sinteză, comparaţie, abstractizare, generalizare, capacitatea de orientare în spaţiu şi stabilirea corectă a raporturilor dimensionale - operaţii indispensabile însuşirii scris-cititului.

Pe parcursul celor două semestre, grupul experimental care a beneficiat de exerciţii speciale de tipul jocurilor didactice obţine la toate variabilele calificativul bine şi foarte bine, în timp ce grupul de control care nu a beneficiat de acest tip de exerciţii nu depăşeşte nivelul mediu la variabilele avute în studiu (fig.1-*Comparaţie între grupul experimental și grupul de control)*



Variabile jocuri/exerciţiu

1 - dezvoltarea proceselor psihice
2 - dezvoltarea capacităţii de analiză
3 - dezvoltarea capacităţii de sinteză
4 - dezvoltarea capacităţii de-a efectua comparaţii
5 - dezvoltarea capacităţii de analiză, sinteză, discernământ
6 - dezvoltarea proceselor de gândire, abstractizare-generalizare
7 - dezvoltarea proceselor de orientare în spaţiu

- **Exemple de jocuri didactice utilizate în dezvoltarea atenţiei şi a spiritului de observaţie :**

Gradul de dezvoltare al gândirii reflectă în mare măsură etapa la care a ajuns evoluţia intelectuală a copilului. De aceasta depinde în mare măsură capacitatea sa de a-şi însuşi scrisul şi cititul. **Spiritul de observaţie** este o trăsătură importantă în capacitatea de-a efectua **analiza** – componentă absolut necesară în însuşirea scris-cititului.

De exemplu, prin **jocurile de baraj "taie"** (asemănătoare **testelor de atenţie concentrată baraj "Toulouse-Pieron"**) formate din şiruri de pătrăţele ordonate pe orizontală care au în interior câte o imagine, se aleg 4-6 imagini cunoscute de copii care sunt aşezate în mod aleatoriu fără să se repete ordinea primei aşezări. Frecvenţa fiecărei imagini variază, unele pot să apară de mai multe ori, altele de mai puţine ori, fără să existe o ritmicitate în aranjarea imaginilor. Se cere copilului să taie sau să încercuiască cu o linie toate imaginile identice cu prima. Pe lângă faptul că aceste tipuri de exerciţii constituie o modalitate excelentă pentru dezvoltarea capacităţii de analiză, de comparaţie şi uneori chiar şi de sinteză, ele contribuie şi la dezvoltarea capacităţii copiilor de a-şi menţine un timp mai îndelungat atenţia concentrată spre un obiectiv.

Dezvoltarea spiritului de observaţie, atenţiei şi capacităţii de percepţie a copilului se poate realiza şi prin **jocuri de tip lacunar:„Ce a uitat să deseneze pictorul?"** Se solicită copilul să denumească partea componentă care lipseşte din imagine. Întotdeauna se vor folosi imagini cunoscute de copii. După ce subiectul recunoaşte imaginea, i se cere s-o denumească cu atenţie şi să spună ce lipseşte, ce trebuie desenat pentru a completa imaginea.

- **Exemple de jocuri didactice utilizate în dezvoltarea capacităţii de sinteză :**

Dacă la vârsta preşcolară şi la şcolarul mic operaţia de sinteză este destul de slab dezvoltată, predominând „*globalismul*" ca fomă preanalitică de-a percepe obiectele, se simte nevoia implementării în programele formative şi recuperatorii a mai multor **exerciţii de sinteză**. Datorită caracterului predominant-concret al gândirii copilului (preşcolar şi şcolar mic) , realizarea sintezei prin manipularea de materiale concrete precede şi uşurează transferul efectuării acestei operaţii pe plan mintal. În acest sens, exerciţiul pe care-l oferă

jocul adecvat îndeplinirii acestui scop este de nepreţuit. Cele mai simple jocuri prin care se fac exerciţii de sinteză sunt cele în care se cere copilului să recompună o imagine tăiată în câteva bucăţi. Recompunerea unei forme din bucăţi secvenţiale se poate face : prin reconstruirea unei imagini desenate (pătrat, dreptunghi, cerc), fragmentată în mai multe bucăţi, în funcţie de gradul de complexitate al sarcinii. (2,3,4,5 bucăţi), reconstruirea unei imagini din părţile componente decupate şi lipirea ei pe un carton, reconstruirea unei imagini tridimensionale, cum ar fi construirea unei scene dintr-o poveste, construirea unei imagini, obiect sau fiinţe din diverse beţişoare, forme geometrice, plane, în spaţiu , etc.

În jocul numit „**Poze tăiate**" – copilul trebuie să reconstituie o imagine. Scopul acestui joc este de a îi ajuta pe copii să facă exerciţii de sinteză a imaginilor prin reconstituirea formei acestora din principalele părţi componente.

- **Exemple de jocuri didactice utilizate în dezvoltarea capacităţii de-a efectua comparaţii :**

Cele mai simple jocuri care contribuie la dezvoltarea capacităţii copilului de-a face comparaţii, care sunt important a fi promovate încă din perioada preşcolară mică – sunt **jocurile sub formă de loto**. Exemple: „**loto cu forme şi mărimi", „loto cu forme şi culori", „caută perechea", „unde-i umbra?", „să facem un model frumos", „ce nu este la fel?", „care imagini sunt identice?**", etc. Sarcina copilului este aceea de-a răspunde şi identifica corect imaginea şi de-a o amplasa peste imaginea corespunzătoare de pe planşa sa. Aceste tipuri de activităţi solicită copilul să efectueze o comparaţie între fiecare imagine de pe planşa sa cu celelalte jetoane pentru a le stabili identitatea. Operaţia are loc la nivelul primului sistem de semnalizare pe cale intuitiv-vizuală , pe care ulterior prin sistemul sonor-verbal copilul o transformă în cuvânt cu rol de simbol exprimat prin mijlocirea celui de-al doilea sistem de semnalizare.

„Ce nu este la fel? " – este un joc prin care se solicită analiza a două ilustrate aproape identice care însă prezintă una sau mai multe deosebiri. Se urmăreşte dezvoltarea capacităţii de analiză şi de-a face comparaţii, de-a se exprima corect, deoarece ei trebuie să menţioneze deosebirile existente şi în ce constau ele.

În cazul jocurilor cu imagini identice se cere ca subiectul să efectueze o analiză implicită a imaginilor, apoi să sintetizeze datele referitoare la fiecare imagine şi să facă o comparaţie între ele pentru a le găsi pe cele identice.

„Să facem un model frumos!"- poate fi un exerciţiu de copiere a unui model decorativ prezentat de către adult. Materialele folosite pot fi: planşe, diferite materiale care se pretează la alcătuirea unui model decorativ: cubuleţe, prisme, plăcuţe din material plastic, mozaicuri, materiale din natură variat colorate (sâmburi de piersici, caise, porumb, boabe de fasole, beţigaşe, paste făinoase), materiale care se pot colora în diverse culori. Acest joc urmăreşte dezvoltarea capacităţii copilului de-a face comparaţii, folosindu-se în acest scop de un model decorativ desenat, pictat de către adult. Pentru a fi redat de copil, acesta trebuie să facă o analiză verbală într-un mod explicit sau într-un mod implicit pe plan mintal pe măsură ce lucrează. În momentul efectuării analizei, copilul este pus în situaţia de-a compara forma şi culoarea pieselor ce compun modelul, aşezarea lor în spaţiul dat şi alte criterii.

Copilul va face permanent pe tot parcursul jocului o comparaţie între modelul dat şi construcţia pe care el o efectuează. Analiza modelului, fie că este explicită (expusă oral), fie că este implicită (realizată mintal) este o analiză complexă a fiecărei părţi componente, a modelului din punct de vedere al formei, mărimii, plasării în spaţiu. Comparaţia este făcută pe baza operaţiilor de analiză şi sinteză, ea devine cu atât mai complexă, cu cât modelul este mai complicat. Alegerea jocurilor se va face în funcţie de vârsta şi nivelul de dezvoltare al copilului, se va porni de la modele simple până la modele mai complexe, din ce în ce mai grele. (**"Jocul umbrelor", "Perechi de figuri identice")**

Jocul „**Perechi de figuri identice**” solicită subiectul să facă o comparaţie între fiecare imagine de pe tăbliţa de carton şe celelalte jetoane pentru a stabili identitatea între o imagine de pe carton şi perechea ei. Operaţia se desfăşoară la nivelul primului sistem de semnalizare pe cale intuitiv-vizuală şi poate fi aplicată şi copiilor cu un nivel intelectual mai scăzut (I.Q. sub 70). Prin gradarea dificultăţilor sarcinii acestui tip de exerciţiu-joc, de exemplu prin multiplicarea numărului de imagini din care se face selecţia, acesta se poate aplica şi la copiii şcolari de vârste mari cu tendinţe dislexico-disgrafice.

- **Exemple de jocuri didactice utilizate pentru dezvoltarea spiritului de observaţie, a capacităţii de analiză şi sinteză :**

Dezvoltarea capacității de analiză și sinteză se poate realiza prin jocul de tipul „**Ce este greşit în tablou?**”.Se prezintă copilului un tablou care cuprinde nepotriviri obţinute fie prin îmbinarea într-o imagine a două părţi componente ale unor fiinţe sau lucruri deosebite, fie prin omiterea unor părţi. Nepotrivirile sau lipsurile trebuie să fie vizibile. Este necesar ca elementele cuprinse în tablou să fie în concordanţă cu nivelul de cunoştinţe pe care le are copilul la stadiul de vârstă respectivă. Se poate lucra şi pe grupe de 2-3 copii, în acest caz se poate stimula spiritul de competiţie solicitându-se subiecţilor să spună cine vede primul, dacă vede ceva greşit într-un tablou, cine a observat mai multe greşeli, se pune astfel în funcţiune şi sistemul motivaţional, mai ales dacă în final copiii sunt evidenţiaţi.

- **Exemple de jocuri didactice utilizate pentru dezvoltarea capacităţii de-a efectua abstractizări şi generalizări :**

Abstractizarea şi generalizarea sunt procese ale gândirii indinspensabile însuşirii scris-cititului. Realizarea operaţiunilor de abstractizare şi generalizare presupune dezvoltarea cel puţin la nivel minim a capacităţii de-a efectua cât mai corect şi într-o formă cât mai organizată de analize, sinteze şi comparaţii. Capacitatea de abstractizare şi generalizare apare de timpuriu încă de la vârsta preşcolară, dar din cauza lipsei de cunoştinţe sau a slabelor posibilităţi de analiză şi sinteză adesea concluziile la care ajung copiii sunt eronate. Din acest motiv, este recomandabil ca jocurile propuse pentru copii să-i ajute să-şi formeze reprezentări generale şi noţiuni corecte, să se efectueze la diferite niveluri, în funcţie de dezvoltarea fiecărui caz în parte.

Reprezentarea formei se poate realiza de către copil încă de la vârste foarte fragede. De aceea, putem cere copilului ca dintr-o serie de lucruri sau imagini să le aleagă pe cele care au aceeaşi formă (de exemplu : numai cercurile, dreptunghiurile , ursuleţii, etc). Introducerea unui grad de dificultate mărit cum ar fi: alegerea jetoanelor sau obiectelor de formă pătrată, toate având aceeaşi culoare şi mărime, introducerea de elemente de culori şi mărimi diferite, pune subiectul în situaţia de-a recunoaşte şi alege forma, indiferent de mărimea şi culoarea acesteia, subiectul alege reprezentarea.

În acest mod, putem proceda cu grafemele care în componenţa lor au aceleaşi elemente, dar unghiuri de orientare diferite (p-b-d, u-n-m, etc). Pentru dezvoltarea şi formarea capacităţii de reprezentare şi trecerea spre un grad mai mare de abstractizare, materialele utilizate vor fi alese cu multă grijă, avându-se în permanenţă în vedere nivelul de dezvoltare al copilului.

- **Exemple de jocuri didactice utilizate pentr dezvoltarea capacităţii de orientare în spaţiu şi stabilire corectă a raporturilor dimesionale :**

Aceste jocuri rezolvă problemele de orientare în spaţiu şi ajută copilul să stabilească corect raporturile dimensionale**. Jocurile de tip labirint** trebuie să fie construite cu multă grijă, pornind de la nivelul de dezvoltare psihică a copilului și să aibă în vedere nivelul de

cunoştinţe al copilului. Pe o planşă de dimensiunea unei jumătăţi de hârtie sunt desenate drumuri care pornesc dintr-un anumit punct, dar numai unul ajunge la destinaţie, celelalte se înfundă sau se întorc la punctul de plecare. Subiectul trebuie să găsească drumul care ajunge la punctul indicat. Dacă observăm că subiectul urmăreşte drumul cu degetul acesta poate fi un semnal al dificultăţilor de coordonare ochi-mână, a dificultăţilor în formarea reprezentărilor relaţionale, de dimensiune şi orientare în spaţiu. Terapeutul va prezenta ilustraţia şi va pune întrebări ajutătoare pentru a se convinge că subiectul a înţeles despre ce este vorba. În acest mod, jocul poate fi utilizat şi ca test de cunoştinţe. Având în vedere corectitudinea rezolvării problemei, cât şi durata necesară soluţionării ei, terapeutul va putea evalua şi trăsăturile temperamentale ale copilului. Un copil lent va avea nevoie de mai mult timp în realizarea sarcinii decât altul mai voi. Cel foarte conştiincios va căuta o soluţie corectă, pe când cel foarte mobil se va grăbi să răspundă la întâmplare, fără să-l intereseze corectitudinea.

În concluzie, optez pentru introducerea în programele terapeutice individualizate a exerciţiilor sub formă de joc sau a jocurilor didactice, bazate pe aspectele ludice , pe dozarea efortului de la uşor la greu, pe dezvoltarea încrederii în sine, a motivaţiei pentru sarcina de îndeplinit, a proceselor neuropsihice şi cognitive necesare însuşirii scris-cititului.

Bibliografie

Barbu, H., Popescu, E. (1993), « Activitati de joc si recreativ-distractive *», manual pentru scolile normale, E.P.R.A., Bucuresti.*

Burlea G., (2007) « Tulburările limbajului scris-citit *», Ed. Polirom, Iaşi, Ştiinţele Educaţiei*

Chişu A., (2011) – "Teză de doctorat – Identificarea timpurie, diagnosticarea şi corectarea tulburărilor de limbaj scris la copii prin intermediul mijloacelor de expresie vizuală*",Cluj-Napoca.*

*Hărdălău, L. Drugaş, I (2010) – „*Logopedie prin jocuri şi exerciţi"i*, Ed. Primus, Oradea.*

*Hărdălău, L., Drugaş, I., Bejan, L. (2009)- „*Aplicaţii practice în logopedie şi psihologie şcolară"*, Ed. Primus, Oradea.*

Lovinescu, A.V. (1979), "*Jocuri-exerciţiu pentru preşcolari*" , E.D.P., Bucureşti

Piaget, J., Inhelder B. (1968)-*Psihologia copilului* (tr.), Bucureşti, E.D.P.

Pufan, P., (1959)-*Cercetări cu privire la reprezentările copiilor preşcolari*. În Revista de psihologie. Nr. 5.

Șchiopu, Ursu (1970)- *Probleme psihologice ale jocului și distracțiilor*, E.D.P. București

Verza, E. (1973)- Conduita verbală a şcolarilor mici*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.*

Verza, E. (1983)- Disgrafia şi terapia ei*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.*

*Verza, E. (2003) – „*Tratat de logopedie*", Ed. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.*

Verza, E. (2002)-, Introducere în psihopedagogia specială şi asistenţă socială*, Editura Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.*

Verza, E. (2009)- Tratat de logopedie*, vol. II, Ed. Semne, Bucureşti.*

*Vrăjmaş V., Stănică S. (1997) –„*Terapia tulburărilor de limbaj*", EDP, Bucureşti.*

*Vrăjmaş, E. (coord) (2007) –„*Să învăţăm cu… plăcere. Fişe de exerciţii logopedice în comunicarea orală şi scrisă.*",EDP, Bucureşti.*

Abordarea terapiei logopedice în disgrafie

din perspectiva stimulării senzoriale

Matei Ioana – *profesor logoped- CJRAE- Cluj*

*Şcoala Gimnazială "Traian Drajan"***Cluj - Napoca**

Integrarea senzorială presupune un echilibru între sistemul nervos central și cel periferic. Problemele de integrare senzorială generează tulburări de învățare, dezvoltare și comportament.

Integrarea senzorială reprezintă abilitatea de a înregistra, a selecta toate informațiile din mediul înconjurător, cu ajutorul sau prin intermediul sistemelor senzoriale, și de a integra aceste informații astfel încât persoana să poată reacționa într-un mod adaptativ.

Creierul analizează informațiile primite din mediu, le triază în funcție de importanța lor, le organizează în așa fel încât să înțelegem cine suntem și să înțelegem mediul din jurul nostru. Datorită organizării eficiente (într-un tot) a informațiilor senzoriale ne putem adapta corespunzător la mediu, putem învăța și ne putem comporta adecvat.

Procesare a informațiilor se realizează uneori într-un mod haotic, dezordonat. Sistemele senzoriale nu mai „lucrează" simultan, nu mai cooperează ca într-o echipă sau unul dintre ele funcționează necorespunzător, apare o tulburare în starea organismului, care afectează comportamentul său. Acesta este tulburarea de integrare senzorială, des întâlnită la copiii cu tulburări de spectru autist.

Omul se naște cu cele 7 sistemele senzoriale, pe care le dezvoltă pe parcursul vieții. Aceste sisteme sunt: vestibular, proprioceptive, tactil, auditiv, visual, olfactiv, gustativ. Sistemele vestibular, proprioceptiv şi tactil sunt sisteme de bază pe care se dezvoltă sistemele complexe ca cel auditiv, vizual, olfactiv, gustativ.

Copilul/ persoana cu un sistem senzorial hiperactiv evită să atingă sau să fie atins de obiecte sau de oameni. De asemenea, manifestă reacţii de tipul „fugi sau luptă" când se murdăreşte, când atinge anumite texturi vestimentare sau alimentare sau când este atins pe neaşteptate. Aceste persoane vor reacționa violent la o suprafață caldă sau la un simplu bătut pe umeri. De asemenea, la aceste persoane se pot întâlni obsesia pentru mănuși sau pentru a purta întotdeauna ceva pe mâini pentru a nu și le simți expuse.

Persoana cu un sistem senzorial tactil hipoactiv nu simte atingerile, nu îşi dă seama când este murdar, scapă obiecte din mână, nu poate pipăi diverse texturi, nu este motivat să mânuiască jucăriile. Aceste persoane pot primi lovituri foarte puternice și să reacționeze ca și cum ar fi o zgârietură.

O persoană care are un sistem senzorial tactil hipoactiv va fi întotdeauna în cautarea senzorială. Astfel, aceasta va pipăi tot timpul obiectele din jur, va introduce în cavitatea bucală obiecte necomestibile, îi va atinge pe cei din jur, va răsturna lăzile cu jucării, se va freca de pereţi sau mobilă, se va ciocni de oameni, toate acestea având ca scop principal oferirea senzaţiilor care îi lipsesc şi de care are nevoie. Dacă un copil cu un sistem senzorial tactil în căutare senzorială se află la o oră de biologie, la care vor fi prezentate diferite animale, el va reprezenta o adevărăta provocare pentru profesor datorită faptului că va fi tentat să atingă toate animalele. Asemenea comportamente se pot întâlni și la orele de pictura/desen, sau în momentele în care trebuie să stea în rând în cadrul orelor de sport.

Persoanelor care se află permanent în stare defensivă tactilă sau care, dimpotrivă, simte nevoia de a atinge obiectele, îi va fi de folos dacă va purta în buzunar un obiect stimulant. Poate fi o minge mică cu o anumită textură, un breloc sau chiar o jucărie care vibrează. Când copilul are nevoie să se concentreze sau simte nevoia de a atinge ceva, poate duce mâna în buzunar să atingă acest obiect. Mulți copii cu disfuncție de integrare senzorială își răsucesc părul pe degete, își freacă degetele unele de altele sau își rod unghiile

Copilul/persoana cu un sistem vestibular hiperactiv va evita să se mişte sau să fie mişcat, deoarece nu îi place mişcarea, este lipsit de siguranţă având tot timpul teama că va cădea şi preferă activităţile în contact cu solul, acestea oferindu-i o mai mare siguranţă. Un copil cu astfel de dificultăți se va agita pe terenul de joacă sau la orele de educație fizică, unde este necesar să se balanseze, să se învârtească, să atârne cu capul în jos sau să alerge.

Copilul cu un sistem vestibular hiperactiv va căuta în permanenţă mişcarea. Acestuia îi place să fie legănat sau să se legene un timp îndelungat, nu simte pericolul căderii şi nu se protejează. Mulți dintre acești copii pot părea că suferă de tulburarea de deficit de atenție cu hiperactivitate.

Persoana cu un sistem senzorial hipoactiv va fi tot timpul în căutarea stimulării. Astfel, o persoană cu un sistem senzorial vestibular hipoactiv se va afla într-o mişcare permanentă, va prefera activităţile care presupun mişcare, sărituri, legănat.

Un sistem senzorial proprioceptiv hiperactiv presupun un mare grad de rigiditate şi lipsă de coordonare. Astfel un copil cu un sistem senzorial hiperactiv va evita activităţile care presupun mişcare, acesta simţindu-se mai confortabil şi mai în siguraţă în activităţile desfăşurate la sol. Această persoană nu știe să se cațere pe bare în parc sau nu va putea să se dea jos de pe ele**.** Activitățile zilnice de rutină ca: îmbrăcatul, legatul șireturilor, mâncatul cu ajutorul tacâmurilor și scrisul vor crea dificultăți persoanelor cu dificultăți de planificare motorie.

Copiii ce prezintă un astfel de sistem sezorial proprioceptiv hipoactiv devin mai vioi după ce împing, trag, ridică sau cară greutăţi.

Persoanele cu un sistem senzorial proprioceptiv hipoactiv care sunt în căutare senzorială sunt acele persoane care preferă activităţile în cadrul cărora sunt manevrate obiecte grele, care preferă jocurile energice, cărora le place să sară, şi de asemenea sunt acele persoane care caută să fie îmbrăţişate foarte puternic, strâns sau apăsat.

Tulburarea de integrare senzorială poate avea grade de intensitate diferite de la persoană la persoană, în funcție de simțul sau simțurile afectate și poate perturba comportamentul și abilitățile sociale, procesul de învățare, dezvoltarea copilului. Probleme de integrare senzorială se manifestă diferit la nivelul fiecărui simț. Unii copii pot avea o sensibilitate ridicată față de anumiți stimuli (cum ar fi cei tactili: să nu suporte să fie atinși) sau dimpotrivă, ei pot avea unele simțuri subdezvoltate (cad, se lovesc foarte tare, le curge sânge, dar nu simt nimic; nu schițează nici un gest).

La nivelul *simțului tactil* disfuncțiile se pot manifesta prin următoarele comportamente: să nu suporte să fie atins, îmbrățișat sau să evite anumite materiale sau haine; să aibă nevoie de anumite senzații tactile și de aceea să pipăie tot timpul diferite suprafețe sau să atingă mereu obiecte și persoane.

Tulburarea *simțului auzului* îl poate face pe copil să își acopere urechile când cineva vorbește pe un ton mai ridicat sau când se aud anumite sunete, iar la polul opus face ca copilul să aibă nevoie să asculte muzică sau să scoată tot felul de sunete, să țipe.

Atunci când *simțul vizual* este afectat copilul poate să nu suporte lumina, anumite culori, camerele încărcate de stimuli, privirea celorlați. Sau dacă simțul vizual este subdezvoltat îl determină pe copil să caute astfel de stimuli vizuali (să privească becul, să privească anumite linii sau modele de pe obiecte).

Tulburarea *simțurilor olfactiv* (miros) și a celui *gustativ* pot avea ca urmări refuzul unor alimente (copilul să vomite atunci când insistăm să mănânce ceva), dificultăți în

înghițirea alimentelor, refuzul spălării pe dinți, refuzul de a mânca ceva datorită mirosului mâncării respective etc. O hiposensibilitate olfactivă și gustativă îl poate face de copil să lingă obiectele, să nu distingă mirosurile neplăcute care de obicei îi deranjează pe ceilalți, să miroasă excesiv obiectele sau oamenii cu care vine în contact.

Disfuncția la nivelul *simțului vestibular* se manifestă prin dificultăți de coordonare, echilibru și mișcare voluntară. Copilul poate apărea ca fiind lipsit de coordonare, neîndemânatic, poate să refuze să meargă pe bicicletă sau să urce scările unui tobogan sau, dimpotrivă, să adore să se plimbe cu mașina, să îi placă să fie aruncat în aer, să îi placă mișcările bruște.

Când *simțul proprioceptiv* este afectat, copilul are dificultăți de coordonare, se mișcă greu, preferă să nu facă activități sau are nevoia de a se mișca încontinuu, de a sări continuu, de a-și mișca picioarele când stă pe scaun.

Tulburările de procesare senzorială au un impact major asupra vieții copilului și interferează cu procesul de învățare. Este important ca la evaluarea inițială să se aibă în vedere comportamentele care pot avea ca și cauză o astfel de disfuncție. Stereotipiile copilului (comportamentele autostimulante și repetitive) îl ajută pe copil să evite o situație care este mult prea tensionată pentru el (sunt prea mulți stimuli pe care el nu îi poate integra datorită tulburării de integrare senzorială și atunci începe să țipe sau să își astupe urechile sau să îți fluture mâinile) sau îi sunt de folos atunci când prezintă o anumită hiposenzitivitate și are nevoie de a-și provoca senzațiile respective (miroase obiectele, ascultă muzică, sare).

Organizarea spațiului și crearea unui mediul senzorial structurat prin dotarea cu echipamente speciale asigură o bună desfășare a intervenției psihoeducaționale și susțin dezvoltarea abilităților psiho-motorii ale copilului și a încrederii în sine.

Beneficiile terapiei prin integrare senzorială: putere sporită de concentrare asupra materialelor relevante în mediile educațional, terapeutic și social, reducerea procentului unor tulburări comportamentale, precum autovătămarea, îmbunătățiri generale ale funcționării sistemului nevos, traduse prin îmbunătățiri ale unor activități cognitive superioare, precum vorbirea și cititul.

Disgrafia constă în incapacitatea copilului dezvoltat normal din punctul de vedere al limbajului, auzului și intelectului de a învăţa corect şi de a utiliza scrisul în condiţii normale. Dificultăţile de învăţare a scrierii iau forme foarte variate, de la erori la nivelul literelor, erori sintactice şi erori de punctuaţie, pâna la organizarea grafică a paragrafelor ca atare (Ungureanu, 1998).

Disgrafia este o perturbare a învăţării şi a scrierii, manifestată prin: confuzii, inversiuni, adăugiri şi substituiri de litere, cuvinte sau chiar sintagme, neînţelegerea completă a celor scrise, lipsa de coerenţă logică a ideilor în scris Popescu-Neveanu, (1978).

După Verza (1983), tulburările dislexo-disgrafice sunt clasificate astfel: dislexo-disgrafie specifică (propriu-zisă), de evoluţie (structurală, de dezvoltare), spaţială, pură (consecutivă, se manifestă în asociere cu alte handicapuri), liniară şi motrică. Există diferiţi factori de risc: alţi membri ai familiei care au avut probleme similare, existenţa unor leziuni mărunte ale sistemului nervos, obligarea copilului stângaci să folosească mâna dreaptă.

Cel mai adesea, afecțiunea se descoperă în clasa întâi, în lunile ianuarie-februarie, deoarece atunci încep dictările la școală. Colaborarea dintre copil, părinte și învățătoare este foarte importantă. Adesea, copiii cu disgrafie ajung la psiholog nu pentru afecțiunea în sine, ci pentru că nu le mai place la școală, sunt foarte stresați sau dezvoltă ticuri.

Scrierea, ca formă simbolică a limbajului oral, necesită conjugarea factorilor lingvistici cu forțele motrice. Dobândirea ei, mai târziu, în ontogeneză, necesită un anumit grad de dezvoltare a motricității și a psihomotricității, într-un raport direct proporțional. Astfel, se poate vorbi despre realizarea motrică, atunci când copilul a intrat pe deplin în posesia mișcărilor corpului.

Dezvoltarea psihomotrică presupune realizarea praxiilor și dezvoltarea mintală. Praxiile sunt sisteme de mișcare, coordonate mintal, în funcție de un rezultat și de o intenționalitate (J. Piaget). Achiziția unor abilități și cunoștinte în dezvoltarea praxiilor, folosirea gesturilor coordonate, exercițiile de orientare și structurare spațio-temporale reprezintă tot atatea condiții necesare, alături de cele psiholingvistice, pentru realizarea actului grafic.

Disgrafia este o dificultate de scris cauzată de subdezvoltarea sistemelor senzoriale. Un copil cu tulburare de integrare senzorială are dificultaţi in procesul de scriere.

Scrierea de mână este o abilitate foarte complexă care necesită ca multe dintre cele 7 sisteme senzoriale să colaboreze. Procesele necesare scrierii de mână sunt: vizual, auditiv, vizuo-motor, coordonare motorie grosieră, coordonare motorie fină, direcţionalitate, abilităţi de secvenţiere.

S-a constatat că elevii cu dificultăţi de procesare senzorială au, de obicei, probleme cu scrisul de mână. De exemplu, un elev cu probleme proprioceptive ţine prea strâns şi apasă prea tare cu stiloul.

M.M., elevă în clasa I., în varstă de 8 ani. Frecventează scoala de masă, intelect peste medie, afinităţi pentru limbi străine. Nu întampină dificultăţi semnificative în citire, însa întâmpină dificultăţi în scriere. Are un scris discaligrafic şi nu respectă liniatura caietului. Apar uneori în scris şi substituiri de litere, dar cele mai frecvente sunt confuziile de litere *m-n, b-d*. Datorită dificultăţilor de scriere, este prezentă şi o stimă de sine scazută, avand și episoade de anxietate ridicată vis-a vis de efectuarea temelor de casă.

Prezintă şi tulburări de alimentaţie. Are doar câteva alimente pe care le consumă. Nu îi plac alimentele din cauza texturii lor şi a mirosului specific.

În timpul efectuarii temelor își mănâncă mânecile bluzelor sau roade creioanele. Nu merge cu bicicleta. Îi plac activităţile în contact cu solul. Îi place să fie stransă în braţe şi preferă mersul desculţ.

Triunghiul sistemelor senzoriale de bază ale M.M este (fig. 1):
Tactil hipoactiv
Vestibular hipoactiv
Proprioceptiv hipoactiv

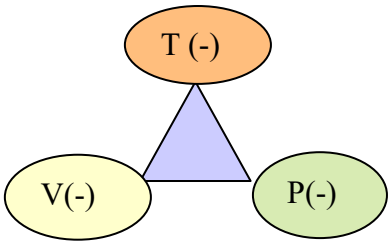


Fig. 1- *Triunghiul sistemelor senzoriale*

Obiectivele generale pentru aceste activităţi ar fi: îmbunatăţirea abilitaţilor de scris cursive ale elevei, identificarea propriilor nevoi senzoriale şi a strategiilor de a dezvolta aceste nevoi.

Stimulare tactilă - Activităţi

- Periajul Wilbarger - realizat pe tot pacursul zilei
- Atingerea obiectelor cu diferite texturi
- Jocuri de tipul *Ghicește obiectul*
- Scufundarea mâinilor în boluri care conțin diferite materiale: orez, făină, nisip, macaroane

- Folosirea bomboanelor, a gumelor, a paielor
- Realizarea unor biluţe mici din hartie creponată, playdoh
- Scrierea literelor cu cremă de ras, gel de par
- Scrierea în tavă cu orez, sare, orez, nisip
- Tăierea unor litere din șmirghel și lipirea lor pe diferite cartoane
- Frecarea mâinilor pe covor
- Strângerea unor mingi de tenis în mâini

Stimulare proprioceptive - Activităţi

- Scrierea pe tablă cu greutaţi legate de coate
- Realizarea unor activitaţi de muncă mai grea (de gătit, măturat), orice activitate care pune muşchii în acţiune
- Sărituri pe trambulină, sărituri cu coarda
- Activităţi sportive care pun în mişcare articulaţiile umerilor, coatelor (Darts, badminton, baschet)

Stimulare vestibulară - Activităţi

- Caii balansoar, leagăne
- Hamace

Stimulare olfactivă – Activităţi

- Folosirea markerelor parfumate

Stimulare auditivă - Activităţi

- Ascultarea unei muzici de relaxare

Stimulare vizuală – Activităţi

- Scrierea pe tablă cu markeri colorați
- Folosirea liniaturii colorate

În urma aplicării acestui plan de intervenție, prin integrarea senzorială, eleva a înregistrat progrese în ceea ce privește echilibrul, rigiditatea și coordonarea globală, ceea ce a ajutat la coordonarea mișcărilor fine.

Un alt element important din integrarea senzorială care ne ajută în disgrafie este coordonarea bilaterală și antrenarea musculaturii mâinilor necesare în actul scrisului. Ideală este combinarea activităților senzoriale cu învăţarea unor strategii directe specific logopedice de scris.

BIBLIOGRAFIE

1. Anca, M. - *Logopedie*, Presa Univeritara Clujeana, 2002, Cluj-Napoca.
2. Burlea, G. – *„Tulburările limbajului scris-citit*", 2007, Ed. Polirom, Iași.
3. Mititiuc, I – *„Probleme psihopedagogice la copilul cu tulburări de limbaj",* 1996, Ed. Ankarom, Iași.
4. Preda, V. – *„Elemente de psihopedagogie specială",* 2008, Ed. Elikon, Cluj.
5. Păunescu, C. (1962), *Dezvoltarea vorbirii copilului şi tulburările ei, Bucureşti,* E.D.P. de Stat
6. Gagyi, E. – *„Eu citesc mai bine!",* 2005, Ed. Hoppa Kiado, Tg. Mures.
7. Schaaf Roseann C., M Ed, OTR, 2006, Susanne Smith Roley, MS, OTR, *Sensory*
8. *Integration: Applying Clinical Reasoning to Practice with Diverse Population,* (Integrare
9. senzorială*, aplicaţii clinice de înţelegere pentru a practica cu diverse tipuri de pacienţi*) Austin, Texas, Pro-ed.
10. Smith Roley Susanne, MS, OTR, Erna Imperatore Blanche, PhD, OTR, Roseann C. Schaaf, M
11. Ed, OTR, 2001, *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations* , Austin, Texas, Pro-ed.3.
12. http://www.sensoryprofile.com

Implicaţii ale dificultăţilor de limbaj şi comunicare asupra dezvoltării socio-emoționale

Grigorovici Anca -profesor logoped CJRAE Cluj,

Liceul Teoretic „Onisifor Ghibu”, Cluj Napoca

Panțiru Daciana Maria -*profesor logoped CJRAE Cluj,*

Colegiul Național „George Coșbuc”, Cluj Napoca

1. Performanţa şcolară şi tulburări de limbaj

Şcoala este primul mediu formal în care copilul conştientizează nevoia de a fi acceptat de colegi. Diferenţele ies destul de repede în evidenţă într-un astfel de mediu şi sunt subliniate de către colegii de clasă. De multe ori reacţiile şi comentariile nu sunt neapărat rău intenţionate, dar chiar şi o bună intenţie poate leza sau răni, iar comentariile pot fi considerate inoportune şi răutăcioase. Toţi cei care au o dizabilitate fizică sunt vulnerabili, cei care au dificultăţi de limbaj în particular, dată fiind importanţa comunicării la această vârstă (Ward, 2008).

Pentru unii copii, în ciuda dificultăţilor cu care se confruntă, nu va fi dificil să se integreze şi să-şi facă prieteni chiar în cazul unor tulburări medii sau severe. Pentru mulţi alţii acesta este începutul unui parcurs dificil în care vor trebui să gestioneze propria dificultate de limbaj, dar şi reacţiile colegilor şi ale învăţătorilor sau profesorilor. Din păcate, din propriile noastre observaţii şi din cele existente în majoritatea studiilor de specialitate, reacţiile negative ale colegilor pot merge până la izolare socială sau chiar bullying. În unele cazuri, atitudinea învăţătorilor sau a profesorilor, pe fondul necunoaşterii suficiente a tulburărilor de limbaj şi a implicaţiilor acestora asupra dezvoltării copilului în ansamblu, poate contribui şi ea la etichetarea şi marginalizarea unor astfel de copii.

Consecinţele sunt limitarea experienţelor sociale şi de comunicare şi implicit a şanselor de a-şi dezvolta în continuare abilităţile de limbaj şi comunicare astfel încât să poată face faţă solicitărilor impuse de mediul şcolar.

Literatura de specialitate susţine faptul că schimbul de informaţii şi idei cu adulţii sau cu colegii creşte potenţialul de reţinere, de asimilare şi de utilizare a acestora. Greenwood et al. (2002) subliniază că împărtăşirea de idei şi informaţii în cadrul grupului de studiu sau prin discuţii este mai eficientă decât studiul individual. Pentru a exprima ideile proprii şi a le asimila pe cele ale ascultătorului, cu alte cuvinte a comunica informaţii cu scopul de a le învăţa, este nevoie de deprinderi sociale şi de comunicare specifice. Copiii cu tulburări de limbaj şi abilităţi de comunicare scăzute sunt, din nou, în dezavantaj, când vine vorba să beneficieze de pe urma schimbului de informaţii în scop educaţional (Back, 2010).

Nu doar situaţile în cadrul grupului sunt dificile, dar şi modul în care ei îşi evaluează propriile competenţe de învăţare. Ca şi în cazul copiilor cu tulburări de învăţare, copiii cu tulburări de limbaj au un risc crescut să se dezvolte cu ceea ce numim neajutorare învăţată (learned helplessness). Elevii care se confruntă în mod repetat cu dificultăţi academice încep după un timp să se aştepte mai degrabă la eşec decât la succes. Sentimentul eşecului ajunge să se generalizeze treptat şi să determine o autoeficienţă scăzută. Aceasta la rândul ei inhibă efortul de învăţare şi scade motivaţia, ceea ce „garantează” viitoare eşecuri academice care, la

rândul lor, prin consolidarea expectanţelor legate de eşec şi scăderea autoeficienţei, îl conduc din nou pe elev la începutul acestui cerc vicios (Gill & Martin, 2007).

Chiar şi atunci când experenţiază succesul, aceşti elevi tind să-l atribuie mai degrabă unor cauze externe, de exemplu: au rezolvat o problemă pentru că a fost uşoară, pentru că au primit ajutor sau pur şi simplu pentru că au fost norocoşi.

Este foarte important să precizăm că neajutorarea învăţată nu este caracteristică tuturor elevilor cu tulburări de limbaj, unii dintre ei vor reuşi să-şi depăşească teama de eşec şi să-şi asume propriile realizări. Unul din factorii care face posibil acest lucru este frecvenţa eşecurilor, un altul ar putea fi, considerăm noi, feedback-ul pe care-l primesc de la adulţi şi care este unul din sursele patternurilor motivaţionale la copil. Există o relaţie strânsă între patternurile motivaţionale ale copilului şi reacţiile faţă de criticile sau laudele pe care le adresează părinţii sau profesorii. Laudele orientate spre *persoană* conduc mai degrabă la eşec, în timp ce laudele la adresa *eforturilor sau a strategiilor* generează reacţii orientate spre performanţă (Harwood, Miller şi Vasta, 2010). Convingerea cuiva că este bun atunci când rezolvă cu succes o sarcină îl face să fie deschis şi la alternativa că poate eşua, dar acest eşec este legat de nerealizarea acelei sarcini, nu-l transformă într-o persoană rea, cum s-ar întâmpla în cazul laudelor îndreptate spre persoană. Mai mult chiar, o părere bună despre sine, chiar dacă supralicitează capacităţile copilului, corelează cu o stimă de sine crescută, cu o motivaţie crescută pentru a reuşi şi cu disponibilitatea de a-şi asuma sarcini dificile (Harwood, Miller şi Vasta, 2010).

Un exempu relevant pentru impactul problemelor de limbaj asupra procesului de învăţare este oferit de Ward (2006), care descrie dificultăţile pe care le întâmpină un copil cu bâlbâială la şcoală. Ca şi în cazul altor dizabilităţi fizice, copilul poate fi mai mult sau mai puţin abil în a-şi ascunde problemele. Acest efort poate acutiza lupta lui interioară (struggle), tensiunea şi comportamentul de evitare, ceea ce în final va duce la agravarea bâlbâielii şi focusarea atenţiei dinspre sarcinile sau activităţile momentului înspre lipsa acuităţii verbale în pronunţie (Ward, 2006). În termeni ACT putem vorbi de mindlessness – copilul nu trăieşte momentul prezent, aici şi acum, ci se focusează asupra unui aspect particular ar prezentului (lupta interioară, tensiunea), privându-se astfel de oportunitatea de a observa şi descoperi alte modalităţi de gestionare a situaţiei. În plus, focusarea asupra unui anume aspect particular al experienţei merge mână în mână cu îngustarea câmpului conştiinţei, specifică transei hipnotice, copilul ajungând astfel „maestru fără voie" al autohipnozei negative.

Desigur, vor fi copii care nu vor avea nici un sentiment negativ legat de bâlbâială, dar un număr suficient de copii se vor simţi frustraţi, anxioşi, jenaţi sau ruşinaţi şi îşi vor dezvolta o imagine negativă de sine încă dinainte de vârsta de 6 ani (Ward, 2008, Scott, 2010). Este de asemenea important să precizăm că gravitatea bâlbâielii nu este proporţională cu modul în care copilul îşi trăieşte propria dificultate legată de vorbire. El poate experenţia emoţii şi trăiri negative extrem de intense chiar în cazul unor tulburări uşoare şi invers.

În cadrul orelor de curs, dacă profesorul nu este avizat că nu este indicat ca un copil bâlbâit să fie evaluat frontal, în faţa clasei, ne putem aştepta ca o astfel de solicitare să genereze nelinişte şi anxietate şi să diminueze participarea copilului la ore, favorizând apariţia unor mecanisme de evitare a participării la clasă. Copilul preferă, mai degrabă, să fie considerat ca neinteresat sau prost sau evită întrebările sau răspunsurile ridicând din umeri sau dând răspunsuri pe lângă subiect, decât să fie considerat bâlbâit. Profesorul poate vedea un astfel de copil ca fiind leneş sau indiferent şi prin urmare să-l privească mai puţin favorabil. Aceasta amplifică sentimentul eşecului şi exacerbează intensitatea frustrării, care în cazul lui este ridicată. Ulterior, unii copii vor comunica îngrijorările lor părinţilor, în timp ce alţii vor recurge la diferite pretexte care pot îmbrăca inclusiv forma manifestărilor psihosomatice (dureri de cap, dureri abdominale, greaţă, vărsături) sau la absenteism pentru a evita şcoala (Ward, 2008).

Aşa cum am putut observa, există mai mulţi factori implicaţi în atingerea unor performanţe şcolare satisfăcătoare în cazul copiilor cu tulburări de limbaj şi o intervenţie terapeutică de succes se poate realiza doar implicându-i pe toţi. Ideală ar fi, aşa cum spun majoritatea studiilor, intervenţia precoce şi prevenirea apariţiei unor asfel de situaţii. Dar atunci când ea nu se poate realiza, o abordare multidimensională, implicând copilul, mediul şcolar şi familia este cu siguranţă eficientă.

2. Gestionarea conflictelor

Copiii cu tulburări de limbaj întâmpină dificultăţi în gestionarea conflictelor. Dobândirea unor aptitudini de rezolvare a conflictelor este crucială în ceea ce priveşte apartenenţa la grup. Competenţele în această arie sunt predictori ai capacităţii de elaborare a strategiilor comportamentale interpersonale precum şi ai acceptării de către ceilalţi.

Soluţionarea conflictelor este o formă de comportament prosocial, adică a acelor acţiuni pe care societatea le consideră dezirabile şi pe care încearcă să le încurajeze la copii. Frecvente în copilărie între fraţi şi prieteni, se bazează pe mecanisme care le ajută să nu scape de sub control de cele mai multe ori fără supravegherea adulţilor (Harwood, Miller şi Vasta, 2010).

După Harwood, Miller şi Vasta (2010), copiii rezolvă conflictele în trei moduri:

- *negocierea* – include compromisul sau intervenţia unei unei terţe persoane, profesorul sau un alt copil;
- *dezangajarea* – retragerea dintr-o dispută şi focusarea atenţiei asupra unui alt subiect;
- *coerciţia* – presupune că o parte cedează în favoarea celeilalte părţi, uneori prin recurgerea la agresiune sau ameninţări.

Strategiile de rezolvare a conflictelor în perioada preşcolară vizează „stingerea" conflictului, adică împăcarea, prin intermediul unor comportamente verbale şi/sau nonverbale cum ar fi: împărţirea jucăriilor, îmbrăţişări, oferirea rolului râvnit, scuzele, iniţierea de jocuri noi. Cu cât relaţiile sunt mai apropiate şi pe măsură ce copilul înaintează în vârstă negocierea este una din strategiile cele mai folosite. Ea presupune, din nou, abilităţi verbale, înţelegerea stărilor mentale şi a capacităţilor de autoreglare (Horowitz, 2005, Harwood, Miller şi Vasta, 2010).

Odată cu vârsta strategiile evoluează, devin mai sofisticate, pe măsură ce copiii se confruntă cu un număr mai mare de conflicte. Scopul lor este, în fapt, adaptarea la mediul social, reducerea disstresului, creşterea toleranţei la frustrare şi a comportamentelor agresive. Copiii cu tulburări de limbaj pot să nu înţeleagă pe deplin beneficiile acestor strategii sau cum anume pot fi utilizate pentru a dobândi aceste beneficii.

Referindu-se la copii cu tulburări specificede limbaj , McCabe, Meller (2004) caracterizau comportamentul lor în cadrul conflictelor ca mai degrabă neadecvat, oscilând între intruziune şi retragere, ceea ce în ambele cazuri este în defavoarea lor, deoarece creşte riscul de respingere de către semeni (peer rejection) şi contribuie la menţinerea unor patternuri comportamentale deficitare. Soluţionarea conflictelor presupune să răspunzi prompt şi adecvat din punct de vedere al conţinutului remarcilor partenerului, ignorarea acestuia duce inevitabil la încheierea contactului social (Horowitz, 2005).

Copiii cu tulburări specifice de limbaj pot manifesta aceste comportamente chiar înainte ca un conflict să se petreacă. Ei reacţionează anticipativ pe baza experienţelor anterioare la acea etapă în care comunicarea se întrerupe. Aceste încercări oarecum premature de rezolvare, nefiind încununate de succes, nu fac altceva decât să grăbească eşecul în comunicare. Este interesant că aceste modele se menţin chiar şi când competenţele lingvistice şi de comunicare ajung să atingă un nivel apropiat sau corespunzător vârstei (McCabe, Meller, 2004). O atare manifestare poate fi considerată un mecanism de coping al copilului, în care el are controlul situaţiei, control care-i lipseşte în cadrul interacţiunilor. Provocând inconştient marginalizarea şi respingerea prin acele reacţii anterioare conflictului, el se

protejează astfel de durerea şi suferinţa pe care le-ar trăi în momentul în care ar fi oricum etichetat, marginalizat sau exclus.

În cadrul negocierii, ei dau dovadă de o atitudine nonresponsivă şi nonasertivă. Sunt mai degrabă supuşi, pasivi, vorbesc puţin şi renunţă repede la a-şi susţine punctul de vedere. Agresivitatea este mai degrabă ocazională şi accidentală şi are loc atunci când intensitatea trăirilor negative devine prea copleşitoare, degenerând sporadic în temper tantrums. Competenţele sociale sărace, suprapuse peste internalizarea emoţiilor negative se asociază cu niveluri înalte ale izolării sociale (Horowitz, 2005)

3. Dificultăţi socio-emoţionale şi comportamentale la copiii cu tulburări de limbaj

Este un fapt unanim recunoscut în literatura de specialitate că copiii cu tulburări de limbaj se confruntă cu mai multe dificultăţi socio-emoţionale şi comportamentale decât copiii cu dezvoltare normală a limbajului.

Ca şi terminologia utilizată pentru descrierea tulburărilor de limbaj, termenul de dificultăţi/probleme emoţionale poate fi ambiguu şi dificil de înţeles. Dificultăţile socio-emoţionale sunt adesea împărţite în dificultăţi internalizate şi externalizate.

Dificultăţile, problemele *internalizate* pot fi definite într-un sens mai larg ca acele dificultăţi care se petrec în interiorul copilului. Ele sunt gestionate de copil în interiorul acestuia (managed within the child), fără să-i afecteze în mod direct pe cei din jur. Aceşti copii sunt văzuţi cel mai adesea ca fiind retraşi, temători şi ruşinoşi. Această categorie de probleme include depresia şi anxietatea (Helm, 2008). După Conti-Ramsden & Botting (2004) tot aici ar intra şi izolarea socială, lipsa de iniţiativă socială şi dificultatea copilului de a-şi face şi de a-şi păstra prieteni.

Problemele *externalizate* pot fi definite ca şi comportamente îndreptate înspre exterior. Aceste comportamente sunt reprezentate prin încălcări ale regulilor, mişcări continue din degete sau picioare (fidgetiness), agresiune, temper tantrums, hiperactivitate şi generează de multe ori conflicte. Ceea ce le diferenţiază de problemele de internalizare este modul lor de exprimare. În general, această clasă de probleme include ADHD-ul, deficitul de atenţie, tulburarea de conduită şi opoziţionismul provocator (Helm, 2008).

Rezultatele studiilor sugerează că copiii cu tulburări de limbaj au un risc mai mare de a dezvolta tulburări psihiatrice ulterior, în special dacă tulburarea de limbaj nu se rezolvă înainte de vârsta şcolară. Cei mai expuşi sunt copiii cu tulburări mixte de limbaj expresiv şi receptiv. Prognosticul cel mai prost îl au copiii care au un IQ nonverbal scăzut. Ca şi argument, tulburarea de limbaj nu e în sine un factor de risc, dar tipul de tulburare, severitatea şi persistenţa ei sunt (Wang, 2006).

După Beitchman et al. (1996), tipul de tulburare de limbaj, în jurul vârstei de 5 ani, corelează semnificativ cu dificultăţi comportamentale ulterioare. Copiii cu tulburări ale limbajului receptiv şi tulburări mixte ale limbajului expresiv şi receptiv au un risc crescut atât pentru probleme externalizate cât şi pentru cele internalizate. În mod controversat, tulburările de articulare se asociază cu un număr mic de probleme comportamentale. Benner, Nelson şi Epstein (2002) constată că tulburările mixte ale limbajului expresiv şi receptiv determină mai multe dificultăţi în plan emoţional şi comportamental decât tulburările specifice ale limbajului expresiv (Wang, 2006).

Concluziile studiilor referitoare la relaţia dintre problemele socio-emoţionale şi comportamentale sunt oarecum inconsistente, în opinia lui Willinger et al. (2003). Ceea ce s-a putut observa ca o notă comună la copiii cu tulburari mixte de limbaj (language disorders) este izolarea şi retragerea, iar la copiii cu tulburări ale limbajului expresiv caracteristică este agresivitatea. Redmond & Rice (1998) au ajuns la concluzia că tulburările limbajului receptiv sunt mai sever legate de probleme externalizate, în timp ce tulburările expresive de limbaj corelează cu dificultăţi internalizate (Wang, 2006).

Beitchman et al. (1986) au găsit că există o corelaţie între tulburările de limbaj (speech and language disorders) şi ADHD şi între dificultăţile emoţionale (depresie şi anxietate) la vârsta de 5 ani. Baker and Cantwell (1987) au subliniat că riscul de dezvoltare a tulburărilor de mai sus se menţine şi după vârsta de 5 ani. Fetele au un risc mai mare decât băieţii pentru anxietate, iar băieţii pentru ADHD, cu toate că riscul de a dezvolta o tulburare emoţională este mai mare în rândul fetelor care suferă de tulburări de limbaj, comparativ cu restul populaţiei. În cazul unui copil cu language disorder, frustrarea că nu poate comunica conduce la comportamente de tip acting-out în opinia lui Bishop (1994). Prizant & Wetherby (1990) sugerează că aceste comportamente pot să apară dat fiind faptul că abilităţile lingvistice şi de comunicare îi afectează reacţiile şi răspunsurile la evenimentele vieţii de zi cu zi (McAndrew, 1999).

În opinia lui Flasher & Flogle (2012), copiii cu tulburări fonologice şi/sau articulatorii (articulation and/or phonological disorders) uşoare sau moderate, datorită atitudinii celorlaţi copii pot simţi disstres, frustrare, ruşine pentru faptul că nu pot vorbi normal. Simţindu-se neînţeleşi de către ceilalţi şi necomunicând despre problemele lor, pot dezvolta atitudini negative faţă de ei înşişi, cum ar fi sentimentul de a fi diferit, inadecvat, antipatic, şi/sau incompetent social.

Numeroase studii care au urmărit copii cu language disorders diagnosticaţi în grădiniţă până la vârsta de 12-19 ani au constatat că: au o competenţă socială mai puţin dezvoltată decât colegii lor; participă mai puţin la activităţi extracurriculare; se confruntă mai des cu tulburări anxioase, în special cu fobie socială, prevalenţa tulburărilor de comportament este crescută; au, de asemenea, un risc crescut de a dezvolta o tulburare de personalitate antisocială sau tulburări psihiatrice în adolescenţă (Flasher & Flogle, 2012).

Cercetările privind efectele sociale şi comportamentale ale bâlbâielii sunt oarecum inconsistente, iar ceea ce se poate desprinde ca şi concluzie generală este că bâlbâiala poate avea consecinţe diferite la indivizi diferiţi, copii şi adulţi: în rândul celor care suferă de bâlbâială vor fi anumite persoane care vor avea un număr semnificativ de probleme psihologice, anumite comportamente pot contribui la accentuarea bâlbîielii unor copii, anxietatea poate contribui la apariţia şi dezvoltarea bâlbâielii (Flasher & Flogle, 2012).

Având în vedere rezultatele contradictorii obţinute în cazul anumitor studii, în opinia noastră este mai util ca în practica terapeutică să ne centrăm strategia pe acele dificulăţi cu care copilul vine în terapia logopedică, mai degrabă decât să încercăm să-l încadrăm într-o categorie diagnostică sau într-un anume tipar de dificultăţi socio-emoţionale corespunzător unei anumite tulburări de limbaj.

Bibliografie

1. Back, H.M. (2010). *The Effects of Communication Disorders on Social Development*. CMC Senior Theses. Paper 77.<http://scholarship.claremont.edu/cmc_theses/77>
2. Botting, N., Conti-Ramsden, G. (2000). "Social and Behavioural Difficulties in Children with Language Impairment". *Child Language Teaching and Therapy*. 16 (2) 105-120.
3. Flasher, L.V., Fogle, P.T. (2012). *Counseling Skills for Speech-Language Pathologist and Audiologists* . New York. Delmar Cenage Learning
4. Harwood, R., Miller, S.A., Varsta, R. (2010). *Psihologia copilului*. Iaşi. Polirom
5. Helm, H.M. (2008). "Externalizing Problems of Childhood". *Encyclopedia of Counseling*. SAGE Publications. <http://www.sage ereference.com/counseling/Article_n64.html>
6. Helm, H.M. (2008). "Internalizing Problems of Childhood". *Encyclopedia of Counseling*. SAGE Publications.<http://www.sageereference.com/counseling/Article_n86.html
7. McCabe, P., Meller, P.J. (2004*). "The Relationship between Language and Social Competence: How Language Impairment Affects Social Growth"*. Psychology in the Schools. 41 (3) 313-321.
8. Prizant, B.M., Meyer, E.C. (1993). "Socioemotional Aspects of Language and Social-Communication Disorders in Young Children and Their Families". *American Journal of Speech-Language Pathology* . 2. 56-71
9. Scott, L., Guitar, C., Chmela, K., Fraser, J., Murphy, B., Donaher, J., Caggiano, L. (2010). *Stuttering: Straight Talk for Teachers. A Handbook for Teachers and Speech-Language Pathologists.* Memphis. TN. Stuttering Foundation of America. <www.stutteringhelp.org>
10. Wang, M.V. (2006). *Associations between Language Disorders and Symptoms of Socio-Emotional Behavioural Problems in Three-Year-Old Children*, Master's Degree in Psychology. Oslo. University of Oslo, Department of Psychology.
11. Ward, D. (2008). *Stuttering and Cluttering. Frameworks for Understanding and Treatment*. Taylor & Francis e-Library.

Factori de risc în apariția tulburărilor specifice de învățare la copii

Ramona Lupu – *Prof. Dr. Logoped, CJRAE*

Şcoala Gimnazială „Iuliu Haţieganu” Cluj-Napoca,

Viorel Lupu - *Conf. Univ. Dr., Disciplina de Psihiatrie şi*

Psihiatria copilului şi adolescentului,

Universitatea de Medicină şi Farmacie „Iuliu Haţieganu” Cluj-Napoca

Interesul pentru studiul perioadei perinatale a crescut în progresie geometrică în ultimii ani. În sens mai larg, complicațiile perinatale se referă la deviațiile de la sarcina normală, de la travaliul fiziologic și de la perioada neonatală normală. De asemenea se referă și la factorii de risc, ca de exemplu: vârsta, antecedentele obstetricale și la starea de sănătate a mamei în timpul sarcinii, condițiile de viață și de muncă ale mamei.

Relația dintre evenimentele perinatale și tulburările de învățare este încă controversată. Unii autori consideră de exemplu că hipoxia perinatală cauzează tulburări ulterioare de învăţare (Gray şi colab., 1991), în timp ce alţii neagă această posibilitate (Colletti, 1979). Majoritatea studiilor au indicat faptul că manifestările patologice care apar în timpul perioadei perinatale pot fi asociate cu o incidență mărită a handicapurilor cognitive neuropsihologice și comportamentale ale copilăriei.

Pe măsură ce ne îndepărtăm de momentul nașterii, factorii ambientali devin tot mai complecși interferând cu acțiunea factorului nociv perinatal. Factorii sociali pot ameliora sau exacerba efectele complicaţiilor perinatale (Cohen şi colab. 1986), mai ales dacă durata și/sau intensitatea factorului perinatal nu este extremă. Acest lucru se poate explica prin plasticitatea extraordinară a sistemului nervos central la copii (Olteanu, Lupu & Miu, 2001). Există și o serie de copii la care problemele de învătare apar fără să fi prezentat vreo tulburare perinatală detectabilă.

Cu toate acestea există suficiente dovezi care atestă că standardul socio-economic scăzut este asociat cu un risc crescut de complicaţii perinatale. Pe de altă parte, se pare că unii copii care au suferit complicaţii perinatale şi aparţin claselor sociale mai puţin favorizate au un risc crescut în ceea ce priveşte posibilitatea de apariţie a unor consecinţe neuropsihologice, incluzând tulburările de învăţare. Mediile sociale pozitive precum şi înzestrarea biologică a copilului pot ameliora efectele negative ale complicaţiilor perinatale.

Circumstanţele sociale favorabile, ca de exemplu, mamele educate, nivelul mai ridicat al clasei sociale, programele de stimulare precoce, îngrijirile responsabile şi nu în ultimul rând pedagogia diferenţiată sunt adeseori, dar nu întotdeauna, în stare să depăşească o perioadă neonatală mai dificilă.

În unele studii efectuate atât pe animale cât şi pe loturi de copii cu probleme de retardare mintală şi dificultăţi de învăţare se relevă faptul că deşi unii subiecţi au avut suferinţe perinatale, aceste tulburări pot apare şi în absenţa unei patologii a creierului (Towbin, 1971). Majoritatea studiilor au indicat faptul că manifestările patologice care apar în timpul perioadei perinatale pot fi asociate cu o incidenţă mărită a handicapurilor cognitive neuropsihologice şi comportamentale ale copilăriei (Lupu, 1996).

Pe măsură ce ne îndepărtăm de momentul naşterii, factorii ambientali devin tot mai complecşi interferând cu acţiunea factorului nociv perinatal. Un exemplu sugestiv în acest sens îl constituie enumerarea factorilor ce survin în dezvoltarea copilului şi care pot interveni în interacţiunea alcool administrat perinatal-creier în dezvoltare şi capacitatea ulterioară de învăţare.

Dintre complicaţiile perinatale cele mai frecvent întâlnite se pot menţiona: asfixia la naştere (în corelaţie cu un scor Apgar scăzut), greutatea mică la naştere, dismaturitatea şi hemoragiile cerebrale intraventriculare.

Literatura de specialitate, care descrie urmările neuropsihologice apărute la copiii expuşi complicaţiilor hipoxice perinatale, este adeseori ambiguă. Gray şi colab. (1991) au arătat că există o frecvenţă de 11 ori mai mare a dificultăţilor şcolare la copiii născuţi din sarcini cu risc crescut (cu travaliu şi expulzie dificilă şi hipoxie consecutivă) faţă de grupul de control. De asemenea, Fitzhardinge şi colab. (1973); Francis-Wiliams şi colab. (1974), Thompson şi colab. (1977) au relevat faptul că, deşi mijloacele terapeutice moderne aplicate copiilor cu risc crescut au redus semnificativ morbiditatea privind marile handicapuri cum ar fi cecitatea, surditatea sau paralizia cerebrală, copiii cu suferinţe perinatale prezintă un risc crescut de a avea în viitor tulburări de învăţare sau retardare mintală uşoară sau medie, faţă de loturile martor, de copii cu naştere normală.

Într-un studiu foarte amplu efectuat de către Nichols şi Chen (1981), pe 30.000 de copii de 7 ani, în legătură cu evaluarea funcţiilor neuropsihologice în Minimal Brain Damage s-au remarcat dificultăţi de învăţare, hiperkinezie, impulsivitate şi semne neurologice uşoare, “soft signs”. Probabilitatea retardării la copiii cu asfixie perinatală a crescut de 6 ori la vârsta de 7 ani, faţă de copiii care au avut o naştere normală.

Pe de altă parte, Benaron şi colab. (1960) au selecţionat din 40.960 de nou-născuţi, 43 de copii cu asfixie severă, care au fost comparaţi în evoluţie cu 53 de martori. Nu s-au înregistrat diferenţe semnificative între cele două grupuri: 17% dintre anoxici şi 7% dintre martori au avut probleme la învăţătură; 36% dintre anoxici au avut anomalii EEG şi 63% au avut obiceiuri infantile persistente. Autorii au concluzionat că majoritatea copiilor din grupul anoxic sunt relativ neafectaţi de condiţiile severe de la naştere. De asemenea, Corah şi colab.(1965), evaluând 116 nou-născuţi la termen cu asfixie, comparativ cu 159 nou-născuţi (grupul martor), au ajuns la concluzia că nu există nicio diferenţă între cele două grupuri în ceea ce priveşte coeficientul mediu de inteligenţă sau disfuncţiile neurologice sau cele legate de capacitatea de abstractizare verbală, de abilităţile perceptive şi de competenţa socială.

Într-un studiu efectuat de către Lupu şi colab. (1997), pe un lot de 44 de copii şcolari, cu vârste cuprinse între 8-9 ani (23 de fete şi 21 de băieţi) s-a stabilit corelaţia dintre rezultatele la învăţătură şi situaţia ante şi perinatală relevată de către mamele lor, în urma completării unor chestionare complexe care conţineau mai mulţi itemi, inclusiv scorul Apgar, precum şi situaţia socio-familială. Nu s-a putut stabili o corelaţie semnificativă între suferinţele perinatale, reflectate prin scorul Apgar şi rezultatele şcolare ale copiilor (r= -0.004).

La cei 44 de copii s-a constatat că 6 aveau Apgar 10, 2 au avut Apgar 9, câte 1 Apgar 7 şi respectiv 8 şi doar 1 Apgar 4/5. Părinţii copiilor cu cele mai slabe rezultate la matematică fac parte din categoria celor cu condiţii socio-economice modeste, niciunul dintre ei nefiind intelectual, deci neputându-le oferi o suficientă stimulare cognitivă.

Părinţii a 37 de copii din cei 44 fac parte din categoria celor cu condiţii modeste şi foarte modeste. Dintre aceştia 20 de copii au rezultate modeste la şcoală, în timp ce 2 copii din 7 au rezultate similare dar provin din părinţi cu un standard socio-economic bun sau foarte bun.

Procentajul copiilor cu probleme la învăţătură creşte odată cu creşterea rangului copiilor: 28% pentru rangul I, 42.8% pentru rangul II, respectiv 75% pentru rangul III.

Dintre cei 44 de copii 34% au prezentat complicaţii perinatale, cele mai frecvente fiind: naşterea prematură, circulară de cordon ombilical şi asfixie la naştere.

În privinţa condiţiilor nefavorabile de muncă ale mamelor copiilor din lotul studiat din perioada de graviditate şi a eventualelor consecinţe asupra rezultatelor şcolare ale urmaşilor se pot nota următoarele aspecte:

- din cei 5 copii care provin din mame care au lucrat în mediu toxic, 2 copii au avut probleme şcolare;
- din cei 8 copii care provin din mame care au lucrat atât în mediu toxic cât şi în condiţii de efort fizic mare pe perioada sarcinii, 3 copii (37.5%) au avut medii mai mici decât colegii lor.

Copii născuţi din 38 din mame care au consumat cafea, alcool, medicamente, au fumat sau au fost supuse unui stres intens, au prezentat dificultăţi de învăţare (28.94 %). Aspecte similare au fost demonstrate şi în studii pe animale de către Lupu şi colab.(1996), care au constatat tulburări în achiziţia reflexelor condiţionate de evitare activă în shuttle-box la şobolanii tineri proveniţi din mame cărora li s-a administrat bere timp de 7 zile în perioada de alăptare a puilor. De asemenea, a fost propus şi un model animal de Disfuncţie cerebrală minimă prin administrarea de etanol în perioada neonatală (Lupu şi colab., 2002).

Se remarcă faptul că lotul de control neexpus alcoolului în perioada menţionată încheie învăţarea reflexelor condiţionate de evitare activă în 9 zile cu un procent de răspunsuri pozitive (care semnifică deprinderea reflexului) de 93%, în timp ce lotul alcoolizat neonatal a ajuns doar la 23% răspunsuri pozitive, nereuşind să deprindă reflexul. De asemenea şi în privinţa timpilor globali de latenţă ai reflexelor lotul alcoolizat a avut timpi semnificativ mai lungi decât lotul de control.

Scorurile Apgar ale celor 4 copii cu cele mai slabe rezultate la învăţătură au fost între 9 şi 10, iar mamele lor fie au fost supuse unui stres puternic pe perioada sarcinii, fie au avut condiţii de muncă neadecvate sau au consumat substanţe toxice.

Numeroase cercetări au studiat influenţa greutăţii mici la naştere asupra proceselor cognitive la copii. Astfel Robinson şi colab. (1965) au evaluat 141 de prematuri cu greutate foarte mică la naştere, dar care au fost îngrijiţi în unităţi speciale de terapie intensivă, comparativ cu un grup de 141 de prematuri care nu au fost cuprinşi în programul de îngrijire specială şi cu un grup de141 de nou-născuţi cu greutate normală la naştere. Aceştia au constatat că nu există diferenţe semnificative între cele trei loturi în ceea ce priveşte Coeficientul de inteligenţă mediu, comportamentul şi performanţele şcolare. Trebuie subliniat că au fost excluşi din studiu copiii cu greutate la naştere <1500 grame cu deficienţe fizice, fapt ce ar putea explica rezultatele atât de optimiste. Standardul socio-economic a fost raportat ca fiind corelat cu Coeficientul de inteligenţă (CI), cu abilităţile de citire şi cu comportamentul copiilor.

Alţi cercetători (Wiener şi colab., 1968) au găsit o relaţie semnificativă între greutatea la naştere, pe de o parte şi CI–ul copiilor şi nivelul de dezvoltare al vorbirii, pe de altă parte. Francis-Williams şi colab. (1974) consideră că există o corelaţie între clasa socială din care provin copiii cu greutate mică la naştere şi consecinţele neuropsihologice şi CI-ul copiilor dismaturi. De asemenea, Kitchen şi colab. (1980) au raportat o puternică corelaţie între standardul socio-economic scăzut şi rezultatele slabe obţinute de copiii cu greutate mică la naştere, deşi condiţiile socio-economice singure nu pot explica acest fapt. Media CI pentru aceşti copii a fost de 88.8. Handicapurile găsite au fost: 5.1 % profunde, 10.8 % severe, 40.5% medii şi 43.6% minime sau absente. Procentele de la grupul martor au fost respectiv: 2.3%, 0.25%; 6% şi 72.1%.

În studiul nostru din cei 44 de copii, 4 au avut greutate mai mică la naştere, între 1500-2500 grame (Lupu şi colab.,1997). S-a constatat că 50% dintre aceştia reprezentând 4.5% din întregul lot, au avut probleme la învăţătură.

Multe cercetări au considerat condiţiile socio-economice ca jucând un rol esenţial în evoluţia copiilor pe plan şcolar, indiferent dacă au suferit sau nu insulturi în perioada perinatală. Astfel s-a raportat că factorul social influenţează atât riscul biologic cât şi pe cel de mediu. Complicaţiile perinatale au interacţionat cu instabilitatea familială, riscul crescând din cauza acesteia (Werner şi colab.,1980). Alţi autori au constatat că standardul socio-economic a interacţionat cu greutatea la naştere. Coeficientul de inteligenţă şi punctajele pentru diferite realizări academice au fost influenţate de standardul socio-economic. Chiar şi efectele nefavorabile ale greutăţii mici la naştere au fost mai clare la copiii proveniţi din familii cu condiţii modeste (Drillien şi colab.,1980). S-a observat la copiii din familiile cu standard ridicat, tendinţa de a realiza performanţe şcolare mai bune.

Deci, la copiii fără handicapuri majore, factorii sociali sunt foarte importanţi ca prognostic al consecinţelor neuropsihologice care pot să apară din cauza greutăţii foarte mici la naştere (Stewart, 1981). De asemenea, Cohen şi colab. (1979) au ajuns şi ei la o concluzie similară evaluând rezultatele şcolare ale copiilor născuţi prematur, evidenţiind că acestea sunt semnificativ mai bune la cei care au parte de îngrijiri mai bune şi care provin din familii favorizate.

Din studiul nostru rezultă importanţa deosebită pe care o au factorii de mediu şi standardul socio-economic în influenţarea rezultatelor şcolare ale copiilor investigaţi. Din 38 de mame care au consumat cafea, alcool, medicamente, au fumat sau au avut stresuri semnificative în cursul sarcinii s-a născut un procent de 28.94% copii cu probleme şcolare. Dintre cei 4 copii care au părinţii cu cel mai scăzut standard socio-economic, 3 dintre ei au rezultatele şcolare cele mai slabe din lotul studiat.

Este foarte dificil să tragem concluzii privind interacţiunile dintre variabilele socială şi medicală pentru copiii care au suferit complicaţii perinatale, din datele de cele mai multe ori contradictorii ale diferitelor cercetări. Cu toate acestea există suficiente dovezi care atestă că standardul socio-economic scăzut este asociat cu un risc crescut de complicaţii perinatale. Pe de altă parte, se pare că unii copii care au suferit complicaţii perinatale şi aparţin claselor sociale mai puţin favorizate au un risc crescut în ceea ce priveşte posibilitatea de apariţie a unor consecinţe neuropsihologice, incluzând tulburările de învăţare. Mediile sociale pozitive precum şi înzestrarea biologică a copilului pot ameliora efectele negative ale complicaţiilor perinatale (Gray şi colab.,1991).

Circumstanţele sociale favorabile, ca de exemplu, mamele educate, nivelul mai ridicat al clasei sociale, programele de stimulare precoce, îngrijirile responsabile şi nu în ultimul rând pedagogia diferenţiată sunt adeseori, dar nu întotdeauna în stare să depăşească o perioadă neonatală mai dificilă.

În ultimă instanţă, rezultatul neuropsihologic este determinat de acţiunea cumulativă dintre factorii medicali/biologici şi influenţele de mediu psihosocial, deci prezenţa unor complicaţii perinatale nu mai trebuie privită ca o fatalitate.

Bibliografie

1. Benaron, H. B. W., Tucker, B. E., Andrews, J. P., Boshes, B., Cohen, J., Fromm, E.,&Yacorzynsky,G.K. (1960). Effects of anoxia during labor and immediately after birth on the subsequent development of the child. American Journal of Obstetics and Gynecology, 80, 1129-1142.
2. Cohen, S. E., Bromwith, L.(1979). Caregiver-infant interaction with preterm infants in the first year of life and competence at age two. Child Development, 50, 767-776.
3. Cohen, S. E., Parmelee, A. H., Beckwith, L.&Sigman, M.(1986). Cognitive development in preterm infants: Birth to 8 years. Developmental and Behavioral Pediatrics, 7, 102-110.
4. Colletti, L. (1979). Relationship between pregnancy and birth complications and the later development of learning disabilities.Journal of Learning Disabilities, 12, 25-29.
5. Corah.N. L., Anthony, E. J., Painter, P., Stern, J. A., Thurston, D. L., (1965) Effects of perinatal anoxia after seven years. Psychological Monographs: General and Applied, 79, 110-121.
6. Drillien, C. M., Thomson, A. J. M., &Burgoyne, K. (1980). Low-birthweight children at early school-age:A longitudinal study. Developmental Medicine and Child Neurology, 22, 26-47.
7. Fitzhardinge, P. M., Ramsey, M. (1973). The improving outlook for the small prematurely born infant. Developmental Medicine and Child Neurology, 15, 447-459.
8. Francis-Williams, J., Davies, P. A. (1974). Very low birthweight and later intelligence. Developmental Medicine and Child Neurology, 16, 709-728.
9. Gray, J.W.&Dean, R. S. (Eds.) (1991). Neuropsychology of perinatal complications. N.Y.:Springer Publishing Company.
10. Kitchen, W. H., Ryan, M. M., Rickards, A., McDougall, A. B., Billson, F. A., Keir, E. H., Naylor, F. D. (1980). A longitudinal study of very low birthweight infants.IV. An overview of performance at eight years. Developmental Medicine and Child Neurology, 22, 172-188.
11. Lupu, V. (1996). Efectele hipoxiei şi etanolului aplicate în perioada perinatală asupra procesului de învăţare. Teză de doctorat.U. M. F. ”I.Haţieganu” Cluj-Napoca.
12. Lupu, V., Bud, S., Alexa, S., Lupu, D.(1997). Influenţa suferinţelor perinatale asupra procesului de învăţare la copii. Volum de rezumate de la Zilele UMF “I.Haţieganu” Cluj-Napoca, 4 - 5 Decembrie 1997., 32.
13. Lupu,V., Lupu, D., Onaca, E., Iftene, F. (2002). Model animal de Disfuncţie cerebrală minimă prin administrare de etanol în perioada neonatală.Revista SNPCAR, 5, 3, 48-52.
14. Nichols, P. L., Chen, T. C., (1981). Minimal brain dysfunction: A prospective study. Hillsdale,N. J.:Erlbaum
15. Olteanu, A., Lupu, V., Miu, A. (2001). Neurofiziologia comportamentului uman. Cluj-Napoca: Ed.Presa Universitară Clujeană.
16. Robinson, N. M., Robinson, N. B. (1965). A follow-up study of ex-premature and control children at school age. Pediatrics, 35, 425-433.
17. Stewart, A. L., Reynolds, E. O. R., Lipscomb, A. P. (1981). Outcome for infants of very low birthweight: Survey of world literature.Lancet, 1, 1038-1042.
18. Streissguth, A. P. (1986). Smoking and Drinking during Pregnancy and Offspring Learning Disabilities: A Review of the Literature and development of Research Strategy.In M. Lewis (Ed.), Learning Disabilities and Prenatal Risk (pp 26-67). Urbana and Chicago:University of Illinois Press.
19. Thompson, A.J., Searle, M., Russell, G. (1977). Quality of survival after severe birth asphyxia. Archives of Diseases in Childhood, 52, 620-626.
20. Towbin, A. (1971). Organic causes of minimal brain dysfunction. Perinatal origin of minimal cerebral lesions. Journal of the American Medical Association, 217, 1207-1214.

21. Wiener, G., Rider, R.V., Oppell, W.C., Harper, P.A. (1968). Correlates of low birth weight. Psychological status at eight to ten years of age. Pediatric Research, 2, 110-118.
22. Werner, E.E., Smith, R.S. (1980). An epidemiological perspective on some antecedents and consequences of childhood mental health problems and learning disabilities. In S.Chess&A.Thomas (Eds.), Annual progress in child psychiatry and child development (pp.133-147). New-York:Bruner/Mazel.

Disfluența verbală în afazie, urmare a unui AVC

Elena Lăcrămioara Buzzo (Prihoi)

Logoped specialist,CJRAE/Liceul "Tiberiu Popoviciu", Cluj Napoca

Fluența verbală este considerată componenta lingvistică ce presupune asocierea corectitudinii pronunției, articulării, raportat la o unitate de timp. În literatura de specialitate fluența verbală este cuantificată prin formula: număr de cuvinte corecte/ unitatea de timp (Bodea Hațegan, Talaș, But).

Disfluența în vorbire poate să apară datorită: creșterii vitezei de pronunție a unităților lingvistice, reducerea vitezei de pronunție, ce oferă un ritm sacadat, cu pauze accentuate, greu de urmărit, sau a unui număr mare de unități lingvistice distorsionate, omise sau înlocuite. (Bodea Hațegan, 2016)

Aceste aspecte se pot asocia însă, conform Anca (2005) cu: dezorganizarea frazei, tulburări cu substrat neurologic, tulburări de procesare fonologică, dizabilitate cognitivă, dificultăți de scris-citit, hiperactivitate, tulburări pervazive de dezvoltare.

Afazia, o definim ca o tulburare a limbajului caracterizată printr-o apariţie bruscă a unei leziuni la nivelul SNC, după ce limbajul verbal a fost constitiuit, ce se manifestă prin imposibilitatea de a înţelege sau a elabora limbajul vorbit sau scris.

Astfel, afazia este un simptom al leziunii centrilor corticali implicaţi în elaborarea limbajului scris sau vorbit. Etimologic, termenul afazie provine din grecescul "aphatos" = lipsit de cuvinte, mut. Afazia reprezintă o tulburare de limbaj cu substrat neurologic, o tulburare care apare în urma unei leziuni cerebrale, cu manifestare complexă (Voinescu, Gheorghiţă, 1978) și anume:

- tulburări la nivel de receptare a limbajului oral
- tulburări la nivel de receptare a limbajului scris
- tulburări la nivel de exprimare verbală (aceste tulburări se pot manifesta în diferite forme, astfel că pot să apară semnificative dificultăţi articulatorii, de coarticulare, tulburări de ritm şi fluenţă în producerea verbală, dificultăţi de coordonare a grupelor musculare implicate în actul lingvistic, imposibilitate articulatorie etc.)
- tulburări de exprimare verbală scrisă
- tulburări de calcul matematic
- tulburări motorii generalizate, tulburări praxice
- tulburări de natură psihică (de la manifestări emoţionale necontrolate, nevrotice până la psihoze şi alte forme de afectare a vieţii psihice, cu grade de severitate diferite).

Tulburările expresiei orale

Anomaliile de debit: limbajul afazicului prezintă tulburări la nivelul fluenţei sau fluidităţii verbale. Prin urmare debitul expresiei orale poate fi unul lent, întrerupt de pauze frecvente, caracterizat prin aspontaneitate şi monotonie sau unul alterat în sensul accelerării exprimării, caracterizat prin logoree, tahilalie, exprimarea în acest caz fiind dificil de întrerupt şi urmărit (după Anca, 2005).

Persoana cu afazie e necesar sa fie evaluată din mai multe puncte de vedere:

- evaluarea limbajului şi a abilităţilor comunicaţionale,
- evaluarea funcţionării cognitive,
- evaluarea motorie şi psihomotorie,

- evaluarea calităţii vieţii.

Acest tip de evaluare psihologică şi psihopedagogică, trebuie obligatoriu asociată cu o evaluare medicală de specialitate.

Examinarea logopedică şi psiholingvistică se poate realiza sub formă de conversaţie liberă, interviu standard sau teste, în vederea studierii tulburărilor de limbaj atât în mod cantitativ, cât şi calitativ (Kory Calomfirescu şi Kory Mercea, 1996).

Prin urmare se realizează:

- *Probe de limbaj, ce* vizează pe de o parte, exprimarea, producerea de limbaj şi pe de altă parte, recepţia limbajului
- *Probe de lexie*
- *Probe de grafie*
- *Probe pentru calcul matematic*

Cea mai completă baterie de investigare a bolnavului afazic este însă bateria Western, baterie utilizată cu succes în ţara noastră, validată pe populaţie românească de Crăciun, (2001).

Programul de reabilitare post accident vascular cerebral este constituit din totalitatea procedeelor care ajută la recuperarea fizică şi psihică a pacienţilor care au suferit un accident vascular cerebral. Reabilitarea trebuie instituită cât mai curând posibil, pentru a asigura desfăşurarea unei vieţi normale.

Metodele de reabilitare după un accident vascular cerebral diferă de la o persoană la alta, însă au acelaşi scop şi anume:

- dobândirea unui status funcţional care să ofere independenţa şi ajutor minim din partea celorlalte persoane;

- acomodarea fizică şi psihică a persoanei cu schimbările determinate de accidentul vascular cerebral;

- integrarea corespunzătoare în familie şi comunitate.

Programul de recuperare este complex, iar recuperarea acestor pacienţi necesită multă răbdare și perseverență. Majoritatea aparţinătorilor sunt îngrijoraţi de faptul că nu vor putea oferi sprijinul corespunzător pacienţilor respectivi. Pe lângă ajutorul fizic, e deosebit de important şi sprijinul emoţional, în special în momentele în care apare depresia. Echipa de reabilitare care se ocupă de pacient pe parcursul internării acestuia poate oferii toate informaţiile necesare îngrijirii ambulatorii. Terapia de recuperare e necesar să continue și ambulator și de asemenea colaborarea dintre membrii echipei trebuie să continue.

Aspectele informative ce privesc îngrijirea pacienţilor cu dizabilităţi după un accident vascular cerebral se referă la:

- oferirea unui suport fizic şi emoţional corespunzător;

- integrarea într-un program de recuperare;

- încurajarea activităţilor sociale (plimbările, cititul, privitul televizorului, etc);

- participarea la diferite programe educaţionale;

- încurajarea unor activităţi care îi pot oferii independenţa necesară desfăşurării unei vieţi normale;

-supravegherea tratamentului recomandat de medicul specialist (tratament medicamentos, exerciţii fizice).

Terapia logopedică în cazul accidentului vascular cerebral, nu înseamnă doar corectarea tulburărilor de limbaj, ci şi susţinerea pacientului din punct de vedere afectiv şi motivaţional. Un rol important al logopedului îl reprezintă încurajarea pacientului şi înlăturarea stării de negativism faţă de întregul proces de recuperare (medicamente, kinetoterapie, logopedie etc.). Din momentul declanşării bolii, pacienţii se văd puşi dintr-o dată în imposibilitatea de a se deplasa, sau de a se autoservi şi cel mai important, de a

comunica în modul dorit. Majoritatea persoanelor după un accident vascular cerebral vor trebui să reînveţe din nou să vorbească, să scrie şi să citească.

Specialiștii susțin că pentru mulţi pacienți, această incapacitate temporară poate părea mult mai mare decât este şi starea de deznădejde poate fi un factor agravant, care poate împinge bolnavul spre stări depresive. În acest sens, terapeutul trebuie să ţină cont de suferinţa psihică a pacientului și va avea grijă să nu i se creeze sentimentul inutilităţii, ci dimpotrivă să fie motivat să lucreze pentru recuperare. Un pacient cu atitudine optimistă, care crede în reuşita terapiei, se va strădui să colaboreze cu terapeutul. În schimb, pacientul depresiv nu va avea putere să lucreze la adevărata capacitate, pierzând pe parcurs o parte din şansele pe care le-a avut la începutul terapiei.

Astfel, logopedul ajută pacientul să identifice propriile resurse şi să le dinamizeze, ajungându-se astfel la efectul dorit (îmbunătăţirea funcţiei deficitare a limbajului şi chiar recuperarea totală). Logopedia nu urmărește doar terapia de corectare a tulburărilor de limbaj, ci mai mult, armonizarea fiinţei din punct de vedere afectiv-emoţional şi cognitiv. Orice individ este unic şi de aceea terapia este centrată pe persoană şi pe nevoile acesteia.

Accidentele vasculare cerebrale reprezintă o cauză majoră a afaziilor. Limbajul afazic, în toată diversitatea sa, prezintă și anumite semne caracteristice ce țin de fluența verbală, transformări afazice, agramatisme, comprehensiunea limbajului, disprozodia. Pierderea posibilităților de comunicare prin limbaj, în cazul pacientului cu afazie, conduce la motivația de recuperare a acestuia cu ajutorul terapiei logopedice, știut fiind faptul că nevoia de comunicare este o trăsătură caracteristică omului.

Reabilitarea bolnavului afazic urmărește mai multe nivele și anume: comprehensiunea, exprimarea verbală, comprehensiunea mesajelor scrise și expresia grafică. Această reabilitare a afazicilor este diferită în funcție de vârsta, de tipul afaziei și de nivelul de pregătire al persoanei în cauză. Obiectivele importante ale logopedului, în cazul unui pacient afazic urmăresc: stimularea utilizării maxime a potențialului de comunicare restant al pacientului, facilitarea adaptării la deficitul comunicării, dezvoltarea și menținerea achizițiilor obținute pe parcursul terapiei.

Recuperarea limbajului este o acţiune complexă, de lungă durată, de cele mai multe ori foarte solicitantă pentru pacient. Afazia este asociată adesea cu apraxia buco-lingulă, tulburare care afectează nu doar vorbirea, ci și toate mişcările gurii şi feţei şi care poate complica mult recuperarea.

Debutul terapiei este dat de exerciţiile specifice, prin care pacientul reînvaţă să-şi controleze respiraţia şi să coordoneze musculatura aparatului fono-articular (buze, limbă, obraji, palat moale, luetă, corzi vocale). În momentul în care pacientul îşi poate coordona muşchii implicaţi în actul vorbirii, se trece la emiterea de sunete – la început cu ajutorul logopedului, apoi singur. Urmează pronunţia silabelor de două, trei şi patru sunete, a cuvintelor, propozițiilor în contexte diferite. Exercițiile se diversifică și devin complexe progresiv, urmărind apropierea de o comunicare cât mai naturală, cât mai fluentă. Se urmărește comprehensiunea mesajului receptat și a celui emis, respectarea construcțiilor gramaticale, precum și respectarea unui ritm în vorbire, a unei intonații adecvate.

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. (mutație homozigotă MTHFR cu ușoară hiperhormocisteinemie)

Intervenția a fost rapidă, iar diagnosticul la externare era: hemipareza dreapta 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.

Evaluarea logopedică a fost realizată la 3 zile după accident. Funcțiile expresive (vorbirea provocată, vorbirea automată, vorbirea repetată, denumirea) erau afectate, pacienta nereușind să exprime nimic. 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 (intelege parțial mesajul primit și are dificultăți de coordonare a musculaturii aparatului fono-articulator) cu imposibilitatea emiterii sunetelor și apraxie buco-liguală.

În urma tratamentului medicamentos aplicat și a celui de terapie logopedică, pacienta reușește decodificarea corectă a mesajul verbal, e în stare să comunice gestual cu cei din jur, afazia rămânând predominant motorie, de expresie.

La cea de-a doua evaluare, realizată după o săptămână, pacienta are mai multe răspunsuri corecte și înțelege cu mai mare ușurință itemii dați. Capacitatea de concentrare și rezistența la efort este mult mai bună, comprehensiunea, de asemenea. 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. Calculul mintal simplu de adunare, scădere, înmulțire, e capabilă să-l facă fără mare efort.

Metodologia intervenției:

- Miogimnastica aparatului fono-articulator cu reluarea motricității
- Reeducarea fluxului respirator și conștientizarea inspir-expir
- Impostarea și automatizarea fiecărui sunet concomitant cu educarea auzului fonematic în cuvinte, propoziții și apoi în vorbirea curentă
- Verificarea limbajului matematic
- Orientarea în schema corporală și orientarea spațio- temporală
- Corectarea limbajului scris
- Corectarea producțiilor orale spontane

Corectarea producțiilor orale spontane:

Corectarea limbajului se realizează și în producțiile orale spontane, când pacienta este pusă să relateze programul său zilnic, sau un program viitor pentru o altă zi. Un alt tip de exercițiu a constat în cerința de a citi un fragment de lectură simplă și apoi să-l povestească.

Corectarea limbajului scris și citit:

Citirea de texte simple, trecându-se apoi la mărirea gradului de complexitate. Scrierea de cuvinte, texte simple și apoi complexe după dictare, autodictare, compunere și copiere.

Reevaluarea s-a realizat periodic, atât în ceea ce privește scrierea, citirea, dar și fluența verbală. Itemii urmăriți în fluența verbală după un an de tarpie, la reevaluarea pacientei, au fost:

- discuție liberă
- citirea unei compuneri realizată de pacientă
- repovestirea unui text citit

În urma analizei itemilor parcurși se pot face unele observații:

- Repetiția unor silabe la începutul cuvântului, pacienta repetă anumite silabe de la începutul cuvântului în timpul unui discurs;
- Repetiția unor cuvinte – în formularea unei propoziții poate să apară repetiția aceluiaiși cuvânt, fie de tipul “ecou”, sau conștient, când nu e pronunțat corect și pacienta dorește să se autocorecteze;

- Elaborarea dificilă a cuvântului – apare anomia cuvântului și întrerupe fluența discursului;
- Viteza discursului diminuată – fluența întreruptă de repetarea unor silabe sau chiar a unor cuvinte face să scadă viteza discursului; Pentru a avea un control mai mare al discursului, sau o pronunție corectă a sunetelor, viteza este de asemenea diminuată.
- Ritm sacadat în vorbire și lectură – apare uneori din cauza unei dificile coordonări inspir-expir, din dorința de a exprima corect cuvântul în cazul unui discurs sau în cazul lecturii, când cuvântul este dificil de citit și este silabisit;
- Prezența pauzelor în vorbire și citirea de text.

Apariția acestor fenomene duc la concluzia prezenței ***disfluenței în vorbire*** în cazul afaziei dată de un AVC, la cazul prezentat.

Concluzie:

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 compromis. Simptomatologia afaziei motorii sau Broca cuprinde: dificultatea de a elabora cuvintele, diminuarea vitezei limbajului vorbit, reducerea vocabularului la câteva cuvinte, alterarea construcțiilor gramaticale (agramatism). Este dereglat ritmul sau intonația emoțională a vorbirii (disprosodia).

Pacientul, de obicei este conștient de deficitul care îl prezintă, și cel mai des reacționează depresiv la acesta. Scrisul ramâne afectat în parte datorită slăbiciunii sau apraxiei mâinii drepte. Înțelegerea limbajului scris sau vorbit este păstrată.

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.

Bibliografie:

1. Anca Maria, Logopedie, 2002, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujană, România
2. Carolina Bodea Hațegan, Logopedia,Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise, 2016, Editura Trei, România
3. Calomfirescu, Mercea, Afazia în Accidente Vasculare Cerebrale, 1996, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, România
4. Crăciun Marius, Diagnosticul și tratamentul afaziei, 2009, Risoprint,Cluj-Napoca, România
5. Paolo Chinellato, Lezioni di linguistica clinica, 2007, Libreria Editrice Cafoscarina, ISBN 978-88-7543-152-5, Italia
6. http://ro.wikipedia.org/wiki/Afazie
7. http://it.wikipedia.org

Metode şi instrumente compensatorii în terapia discalculiei

Corina Buta - *Prof. logoped CJRAE Cluj, Liceul Teoretic „Ana Ipătescu" Gherla*

"Şcoala cea mai bună e aceea în care înveţi, înainte de toate, a învăţa".(N. Iorga)

1. Definiţii posibile ale dificultăţilor de învăţare

Literatura de specialitate consemnează diferite definiţii ale acestui fenomen, definiţii elaborate din diferite perspective, în funcţie de fenomenul investigat. Nu se poate spune că s-a ajuns la o definiţie unanim recunoscută, datorită complexităţii fenomenului, nici măcar Dicţionarul de Pedagogie (Horst Schaub & Karl G. Zenke, 2001, p.73) nu oferă o definiţie completă, ci sugerează doar într-o manieră aproximativă la ce se referă dificultăţile de învăţare, care e domeniul de manifestare: „[...] dificultăţile de învăţare se manifestă mai ales în domeniul randamentului. Cel mai adesea sunt legate de insuccese repetate şi au influenţe nedorite în dezvoltarea personalităţii[...]".

Prima definiţie aparţine lui *S.Kirk*, veritabil deschizător in domeniul dificultăţile de învăţare care preciza în premieră, în S.U.A.: "O dificultate de învăţare se referă la o întârziere, o tulburare, o dezvoltare încetinită în plan emoţional sau comportamental. Ea nu este însă rezultatul întârzierii mentale, deficienţelor senzoriale sau factorilor culturali şi instrucţionali"(S.Kirk 1962 p.262).

Potrivit definiţiei date de AQETA (l'Association Québécoise des troubles d'apprentissage) (http://www.aqeta.qc.ca/francais/generale/definit.htm), adoptată în martie 2002, expresia "dificultăţi de învăţare" face referire la un anumit număr de disfuncţii ce pot afecta achiziţia, organizarea, reţinerea/păstrarea, înţelegerea şi tratarea/procesarea informaţiilor/mesajelor verbale sau nonverbale. Aceste disfuncţii afectează învăţarea unor persoane, care, de altfel, pot face dovada unor abilităţi intelectuale esenţiale privind gândirea sau raţionamentul. Prin aceasta, dificultăţile de învăţare sunt diferite de deficienţele intelectuale.

Putem vorbi de tulburări de învăţare în cazul acelor copii cu abilităţi cognitive *normale* dar cu dificultăţi specifice legate de *abilităţile academice* (scris, citit , calcul).

Tulburările de învăţare pot apărea la orice nivel de inteligenţă, chiar şi la un nivel de inteligenţă superioară. Tulburările de învăţare reale au la bază o disfuncţie neurologică, dar sunt influenţate şi de ereditate (cercetările au evidenţiat modificări ale genelor pe cromozomul 6) şi nu sunt doar efectul lipsei de exersare, lipsei de motivare sau a factorilor emoţionali. Aceşti factori vin doar să accentueze deficitul existent.

În cazul mai multor elevi cu tulburare de învăţare există o anumită disfuncţionalitate la nivelul emisferelor cerebrale, în sensul că o emisferă funcţionează mult mai bine decât cealaltă. Acest lucru cauzează probleme în a învăţa diferite informaţii. În *partea dreaptă a creierului* are loc procesarea conceptuală/holistică, gândirea abstractă şi creativă, vederea de ansamblu. *Partea stângă* organizează aceste gânduri şi idei pentru stocare şi exprimare eficientă. În emisfera stângă are loc procesarea secvenţială/organizaţională, implică sistemul de îndosariere, organizare şi memorare a unor fapte, informaţii, figuri şi formule.

Principalele tulburări de învăţare sunt:

- deficienţe de atenţie,
- deficienţe de motricitate generală şi fină şi de coordonare spaţială,
- deficienţă în prelucrarea informaţiilor perceptive, mai ales auditive şi vizuale, în strânsă legătură cu insuficienţe ale memoriei de scurtă durată,

- insuficienţe în ceea ce priveşte strategiile de învăţare,
- diferite tulburări de limbaj,
- dificultăţi de citire şi scriere,
- dificultăţi în însuşirea simbolurilor matematice, a calculului matematic şi a noţiunilor spaţio-temporale,
- tulburări ale comportamentului social, dificultăţi în stabilirea de relaţii interpersonale (D. Popovici, 1998,după Janet W. Lerner).

Din cadrul dificultăţilor de învăţare fac parte *dislexia* (tulburări de lectură), *disgrafia* (dificultăţi de scriere) şi *discalculia* (dificultăţi de calcul matematic).

Conform statisticilor realizate în SUA şi în unele state europene, incidența tulburărilor de învăţare este de 15% din populație, iar raportul bărbați: femei = 1,5 :1.

La noi în ţară nu sunt realizate statistici oficiale care să prezinte incidenţa acestor deficienţe la nivel naţional. Există unele raportări la nivel de judeţ, realizate de Centrele de Resurse şi Asistenţă Educaţională Judeţene, neexistând niciun program naţional care să reglementeze munca în echipă a specialiştilor care lucrează cu aceşti copii.

2. Ce este discalculia?

Discalculia – sau tulburarea de calcul si rationament matematic – face parte din grupul „tulburărilor specifice de învăţare"(TSI) ce au la bază o disfuncţie neuro-biologică ce afectează dezvoltarea capacităţii creierului de a opera cu numere.

Suzanne Borel-Maisony spune că discalculia "înglobează toate dificultăţile care se referă la achiziţia conceptului de număr, a calculului matematic, precum şi a raţionamentului matematic" iar Beslay o consideră "o tulburare provenită din dificultatea specifică de învăţare a calculului, în stadiul elementar, independentă de nivelul mintal, de metodele pedagogice folosite, de frecvenţa şcolară şi de tulburările afective". (Ungureanu, D. 1998)

Conform *National Center for Learning Disabilities*, în funcţie de vârstă, principalele semne ale discalculiei sunt*:*

- la preşcolari: dificultăți în învățarea numerelor;dificultăți de sortare a obiectelor după culoare, formă, dimensiune; dificultăți de înțelegere/ comparare a conceptelor de mic/mare, scurt/ lung.
- la școlari: dificultăți cu operațiile matematice simple (adunare, scădere, împărțire, înmulțire); dificultăți în amintirea/ memorarea operațiilor matematice de bază (de exemplu tabla înmulțirii); dificultăți în rezolvarea problemelor matematice
- Diagnosticul discalculiei presupune:
- abilități cognitive normale,
- dificultăți de calcul semnificative măsurate prin teste standardizate.

Nu putem vorbi în prezent de existenţa unor *probe de diagnostic standardizate* în şcoala românească, preocupările pentru corectarea şi sprijinirea copiilor cu TSI se rezumă la activitatea diferenţiată a educatorului/profesorului de la clasă, şi eventuala lor includere în terapia logopedică, consilierea şcolară sau în evidenţa profesorului de sprijin, fiecare specialist încercând să aplice metodele proprii pentru evoluţia acestora, fără o programă unitară pentru specificul acestei problematici.

Copiii cu forme uşoare de discalculie - şi mai ales cei cu inteligenţa peste medie care reuşesc să compenseze parţial dificultăţile pe care le au - pot trece neobservaţi până prin clasa a IV-a, când aşteptările privind capacitatea de raţionament matematic întrec performanţa lor.

Discalculia, ca şi celelalte TSI, **NU depinde de nivelul de inteligenţă**. Chiar si copiii cu inteligenţă superioară sau supradotaţi pot avea tulburări specifice de învăţare, datorită faptului că, în cazul TSI, este vorba **doar de afectarea unor capacităţi parţiale specific** (anumite funcţii cognitive) în timp ce abilităţile adaptative generale sunt nealterate.

Alina Petrescu (2007) descrie câţiva indici de identificare a copiilor cu dificultăţi de învăţare a matematicii, cum ar fi: gravitatea, claritatea cu care se evidenţiază şi persistenţa în timp a erorilor. Câteva simptome ale discalculiei ar fi:

- dificultăţi în a-şi aminti numere,
- dificultăţi în citirea şi scrierea numerelor,
- dificultăţi în a efectua operaţii matematice cu numere,
- inversează cifrele sau numerele (ex: 15 cu 51),
- dificultăţi în a înţelege sensul problemelor,
- dificultăţi de reamintire a simbolurilor operaţiilor matematice,
- dificultăţi de operare cu unităţi de măsură,
- dificultăţi în a rezolva probleme.

1. **Ce NU este discalculia?**

Pentru a lua în consideraţie diagnosticul de „discalculie", este nevoie să fie întâi eliminate alte cauze ale performanţei scăzute a copilului în învăţarea matematicii, mai exact:

- Nivelul său cognitiv (IQ) să fie normal,
- Performanţa sa şcolară să nu fie afectată de un mediu familial şi social defavorizant, de lipsa stimulării adecvate sau de alte aspecte culturale (ex: necunoaşterea suficientă a limbii) sau chiar de simpla lipsă a motivaţiei interne pentru a învăţa;
- Copilul să nu sufere de o afecţiune medicală, tulburare psihiatrică (ex: depresie, anxietate, etc) sau neurologică (ex: epilepsie, afecţiuni organice cerebrale etc) cu impact general asupra capacităţii sale de învăţare;
- Dificultăţile de învăţare să nu se datoreze unor deficite senzoriale (vizuale, auditive, motorii).

4. Clasificarea discalculiei:

În funcţie de aptitudinile afectate, literatura de specialitate menţionează 6 tipuri de discalculie:

1. *Discalculia verbală* – constând în dificultăţi de denumire a cantităţilor matematice, a numerelor, a termenilor, a simbolurilor şi a relaţiilor matematice;
2. *Discalculia lexicală* – dificultăţi în citirea semnelor şi simbolurilor matematice;
3. *Discalculia grafică* – deficienţe în scrierea semnelor şi simbolurilor matematice;
4. *Discalculia practognostică* – dificultăţi în a enumera, a compara, a manipula cantităţile matematice simbolice;
5. *Discalculia ideognostică* – dificultăţi în a face operaţii mentale şi în a întelege unele concepte matematice;
6. *Discalculia operaţională* – dificultăţi în execuţia operaţiilor matematice, de calcul numeric, de rezolvare de exerciţii şi probleme, chiar dacă sunt însuşiţi anumiţi algoritmi matematici.

De cele mai multe ori elevii cu dificultăţi de învăţare a matematicii sunt dezarmaţi în faţa unor noţiuni fundamentale, cum ar fi: departe-aproape, mic-mare, sus-jos; noţiuni despre mărimi dimensionale, de formă sau de timp; cunoaşterea simbolurilor numerice şi a semnelor ce reprezintă operaţiile matematice; ordonarea numerelor pentru efectuarea unei operaţii şi etapele rezolvării unei probleme; noţiuni de tipul mai mult, mai puţin, cât, ce lungime, ce distanţă; reprezentarea mentală a ideilor şi a relaţiilor matematice; legătura matematicii cu obiecte reale.

Însuşi limbajul matematic, care este foarte precis, creează probleme importante. Unele cuvinte au mai multe semnificaţii: cât, rest, iar altele pot fi sursă de confuzie: suma, deîmpărţit. Unii elevi sunt capabili să efectueze operaţiile matematice, dar nu ajung la rezultatul corect deoarece nu pot înţelege enunţurile şi astfel nu ştiu succesiunea acestor

operaţii. Elevii care nu stăpânesc aceste noţiuni nu vor şti ce operaţie trebuie să aplice într-o problemă şi de aici şi refuzul lor de a învăţa matematica.

5. Prevalenţa discalculiei

Discalculia este întâlnită frecvent în combinaţie cu dislexia sau cu disgrafia, dar poate să apară şi în absenţa dificultăților de scris sau citit.

Prevalenţa discalculiei este un proces dificil de stabilit, deoarece multe studii s-au concentrat asupra prevalenţei tulburărilor de învăţare, fără separarea corespunzătoare în tulburări specifice de lexie, de calcul ori de expresie grafică.

Prevalenţa discalculiei a fost estimată la aproximativ unul din fiecare cinci cazuri de tulburare de învăţare. Se estimează că 1% dintre copiii de vârsta şcolară au discalculie.

Deşi simptomele de dificultate în calcul (de ex. confuzie în conceptele de număr sau incapacitatea de a număra corect) pot să apară încă de la grădiniţă sau din clasa I, discalculia este rar diagnosticată înainte de sfârşitul clasei I, deoarece până la această dată instruirea matematică oficială nu a avut de regulă loc în cele mai multe şcoli. Ea devine de regulă evidentă în cursul clasei a II-a sau a IlI-a.

6. Metode și instrumente compensatorii

Legea nr. 170 din 8 oct. 2010 din ITALIA dispune noi regelementări privind tulburările de învățare în școli. Astfel, în Italia, elevii diagnosticați cu tulburări de învățare au dreptul să folosească metode compensatorii sau de dispensare în școală sau universitate. Școlile trebuie să garanteze elevilor cu tulburări de învăţare posibilitatea de a folosi măsuri compensatorii, incluzând instrumente alternative de învățare, cât și măsuri care să le permită acestora să fie scutiți de la sarcini care nu sunt necesare atingerii obiectivelor academice.

În majoritatea ţărilor dezvoltate, ţări în care tehnologia are o mare importanţa începând de la nivelul anilor ’60, Programele de Intervenţie Asistate de Calculator (PIAC) sunt mai accesibile şi mai plăcute de către copii (Vernadakis, Avgerinos, Tsitskari, Zachopoulou, 2005, în Räsänen, Salminen, Wilson, Aunio & Dehaene, 2009).

Există puţine studii, bine fundamentate, care să evidenţieze cât de mult sau de puţin contribuie PIAC la dezvoltarea abilităţilor matematice sau la corectarea acestora. Astfel, într-o metaanaliză din 1992 (Randel et al. în Räsänen et al., 2009), din cele 68 de studii analizate, 37 spun că nu s-au obţinut îmbunătăţiri în învăţarea matematicii prin utilizarea jocurilor pe calculator şi 22 că elevii utilizează jocurile pentru a-şi întrece colegii de şcoală, doar 3 studii găsind diferenţe semnificative faţă de un demers educaţional clasic.

Räsänen et al. (2009) a analizat două PIAC şi anume: *TheNumber Race* (Wilson, Dehaene et al.,2006) şi *Graphogame-Math* (Mönkkönen et al., în Räsänen et al., 2009).

The Number Race a fost conceput iniţial pentru copii de 4-8 ani cu discalculie severă sau moderată şi pentru numere mici (numărare: 1-40; adunări şi scăderi: 1-10) (disponibil la Adresa http://www.thenumberrace.com/nr/home.php).

Prin al doilea joc computerizat din studiu, ***Graphogame-Math,*** copilul învaţă şi exersează corespondenţa dintre un set de obiecte concrete şi număr.

Concluzia autorilor studiului este că PIAC pot produce îmbunătăţiri ale abilităţilor matematice ale copiilor cu risc de discalculie, dar numai în acele direcţii care sunt exersate prin intermediul jocurilor realizate.

Este o dovadă că programul de intervenţie trebuie să fie unul individualizat şi axat pe direcţia în care copilul respectiv are dificultate.

Majoritatea intervenţiilor concepute pentru elevii cu discalculie sunt cele care nu utilizează calculatorul. Motivul ar fi că sunt la îndemâna profesorilor şi psihopedagogilor sau psihologilor educaţionali, uşor adaptabile cerinţelor imediate ale copilului. Pentru a alege

programul de intervenţie adecvat copilului care are dificultăţi cu înţelegerea matematicii este necesar să se cunoască direcţiile în care acesta întâmpină probleme.

Pentru că direcţiile mari în care copilul cu discalculie are probleme sunt legate de *înţelegerea noţiunii de număr*, de *memoria* de scurtă sau lungă durată, de *orientarea spaţio-temporală* şi de *raţionament matematic*, **Bird (2009)** propune intervenţii în aceste direcţii stabilind şi o serie de **principii** pe care trebuie să se bazeze aceste intervenţii:

a) orice intervenţie trebuie să pornească cu utilizarea unor materiale concrete (colecţie de materiale în baza zece cum ar fi cuburile Dienes sau baghetele Cuisenaire) pe care copilul trebuie să înveţe să le utilizeze singur, logic şi nu mecanic şi atât timp cât are nevoie;
b) în timpul lucrului toate activităţile trebuie însoţite de verbalizare;
c) activitatea bazată pe joc şi manipulare concretă va face copilul să concluzioneze că matematica nu este un lucru doar abstract, ci este legată de realitate,
d) progresul trebuie făcut în paşi mici, de la concret la abstract, bazat pe ceva deja cunoscut şi înţeles.

7. Modele de bune practici

În activitatea de terapie logopedică a copiilor cu dificultăţi în formarea abilităţilor specifice matematicii, foarte eficiente au fost exerciţiile de operare directă cu obiectele aflate pe bancă, sub forma unor cerinţe de tipul formării unei mulţimi de obiecte având o proprietate caracteristică dată, exerciţiul complicându-se prin formarea unei mulţimi cu obiecte ce au două trăsături comune.

Pentru prevenirea discalculiei am utilizat diverse jocuri de memorie (realizarea unor şiruri de obiecte, verbalizarea ordinii lor şi invers) şi de gândire (caracterizarea unui obiect şi ghicirea lui de către copii).

Se pot exersa cunoştinţele despre formele geometrice prin recunoaşterea, identificarea şi construirea acestora, precum şi folosirea mai multor forme geometrice pentru construirea unei imagini (o casă, un robot, un copac etc).

Consider că dificultăţile de învăţare pot fi corectate prin *antrenament*. În continuare voi prezenta câteva dintre *exerciţiile de antrenare a capacităţii de procesare a informaţiilor* pe care le-am folosit în cadrul şedinţelor de terapie a tulburărilor de calcul sau citit, cu copiii preşcolari sau din clasele primare privind:

a) deficitul de procesare vizuală:
- Ansamblează puzzle-uri;
- Construieşte obiecte din cuburi sau piese lego;
- Uită-te la o poză, acoper-o şi apoi încearcă să-ţi aminteşti tot ce ai văzut;
- Joacă-te jocuri de memorie cu cărţi de joc cu imagini sau cu jetoane cu perechi de obiecte;
- Încearcă să ghiceşti o imagine înainte de a uni punctele;
- Găseşte greşeli în imagini de tipul „ce nu este bine în imagine”;
- Rezolvă labirinturi;
- Taie imagini din benzi desenate, amestecă-le şi apoi aranjează-le în ordinea corectă.

b) deficitul de procesare secvenţială:
- Cu un prieten încearcă să repeţi un şir se numere sau litere;
- Spune rapid zilele săptămânii sau lunile anului, începând de la sfârşit la început;
- Urmează mai multe instrucţiuni în ordinea exactă;
- Rezolvă toate indiciile dintr-o poveste detectivă;
- Imită o serie de mişcări ale unui prieten/coleg;
- Memorează indiciile pentru un traseu propus de prieten, la casa acestuia, la cinema, spre mall etc;

c) *deficitul de procesare conceptuală:*
- Foloseşte literele din numele tău pentru a alcătui cât mai multe cuvinte;
- Scrie cât mai multe numere cu 2 sau 3 cifre date;
- Sortează cărţi de joc/jetoane pe criterii diferite (culoare, formă, număr);
- Uită-te la un obiect şi găseşte cât mai multe întrebuinţări.

d) *deficitul vitezei de procesare a informaţiei:*
- Rezolvă cuvinte încrucişate sau ordonează cuvinte în propoziţii;
- Găseşte ce e greşit în imagine cât mai repede posibil (concurs pe perechi);
- Sortează contra cronometru cărţi de joc pe criterii diferite;
- Repetă sub formă de concurs cu un prieten serii de numere;
- Alege un număr şi spune repede precedentul şi succesorul, sau numerele pare mai mici şi mai mari, sau răsturnatul său etc.

În tabelul nr. 1 am sistematizat câteva dintre instrumentele compensatorii şi tehnicile de organizare a conţinuturilor pe care le-am utilizat în cazul diverselor tipuri de tulburări de învăţare în terapia logopedică:

Tipul de TSI	**Tehnici compensatorii**	**Instrumente compensatorii**
1. Înţelegerea conceptului de număr	-Operarea cu material concret pentru comparare, compunere şi descompunere	- „Domino”, - „Riglete” - „Lego” etc
2. Dificultăţi de calcul 	-Învăţarea, repetarea, autoevaluarea sau evaluarea realizată de un alt coleg pe baza unort tabele standard (Tabla adunării, scăderii, înmulțirii, tabele cu formule, noţiuni sistematizate pe capitole etc.).	-Calculator -Ceas „ vorbitor” -Soft ptr. calcule - Calculator (program computer)
3.Dificultăţi de studiu /organizare	-Strategii de reorganizare a materialelor (dosare pe culori, tabele cu index vizual), sublinierea textelor cu marker etc.	-Jurnal, telefon mobil (ptr. agendă, alarmă etc.), orar, tabele cu organizarea activităţilor (prin imagini) -Soft (ptr. crearea unor hărţi) -Organizator electronic -Jurnal electronic

Tabel nr. 1- Metode şi instrumente compensatorii în terapia tulburărilor de învăţare

8. Concluzii:

Discalculia este o problemă reală, ce are la bază o disfuncţie neurologică dovedită, care se agravează în cazul lipsei de antrenament al gândirii, în absenţa unei metodici eficiente de predare, precum şi prin neacordarea de atenţie suficientă feedback-ului în actul învăţării, în ceea ce priveşte verificarea periodică a modului în care fiecare elev şi-a însuşit noţiunile.

Frecvenţa discalculiei în rândul populaţiei şcolare necesită acordarea unei atenţii speciale acestor copii, care, dacă vor avea parte de ajutorul necesar cât mai devreme, încă de la vârsta preşcolară, vor fi capabili de performanţe şcolare. Însă, dimpotrivă, dacă vor fi neglijaţi, problema lor se va acutiza.

Referindu-se la complexitatea acestei probleme, profesorul logoped Eva Bartok, preşedintele Asociaţiei Române pentru Copiii Dislexici afirmă: "O tulburare ciudată de

învăţare îi face pe unii copii să treacă târâş-grăbiş prin şcoala primară, deşi IQ-ul lor le-ar putea pune în fiecare an coroniţa de premiant pe frunte. Cei atinşi de dislexie deprind greu cititul, disgraficii - scrisul, iar discalculicii - socotitul. În timp ce în Marea Britanie şcolile şi universităţile le dau copiilor şi tinerilor cu această problemă *mai mult timp la examene şi îi lasă să folosească computerul*, în România nu s-a organizat până acum nici măcar un examen de capacitate care să ia în calcul şi minusul lor".

Bibliografie:

1. Anucuta, Partenie – Să ajutăm corect copiii care întâmpină dificultăţi în învăţarea matematicii, Editura Eurobit, Timisoara, 2005
2. Crouse, Scrot (dr.) - *„Descoperind misterele tulburării de învăţare",* (2012), Imprimeria „Ardealul", Cluj-Napoca;
3. Petrescu, A. - *„Psihopedagogia copilului cu dificultăţi de învăţare",* (2007).,Editura Universităţii Petrol-Gaze. Ploieşti.
4. Purcia, D. C. - „*Etiologia şi tipologia dificultăţilor de învăţare a scris-cititului şi matematicii la elevi"* (2006), Editura Psihomedia, Sibiu
5. Verza, E.F.- „*Introducere in psihopedagogia specială şi în asistenţa socială*", (2002), Ed. Fundaţiei Humanitas, Bucureşti.
6. http://www.thenumberrace.com/nr/home.php
7. http://www.dislexic.ro