2021

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:
Gabrian Teodora Lavinia
Grigorovici Anca
Matei Ioana

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

*Autorii sunt responsabili pentru conținutul articolelor

Nr. 3/2021

CUPRINS

Prevenirea apariției tulburărilor de limbaj prin combaterea obiceiurilor orale vicioase- Andreica Grațiela - *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Horea”* 4

Fluența citirii - Gabrian Teodora Lavinia-*Profesor logoped*; *CJRAE Cluj, Liceul Teoretic „Nicolae Bălcescu”* 9

Analiza tulburărilor de citit la micii școlari - Gherle Șoimița, *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Ion Agârbiceanu”*.....15

Dezvoltarea socio-emoțională a școlarului mic în vederea optimizării adaptării la mediul școlar - Lișcan Adela I., *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Avram Iancu”*, Dej.....20

Afazia la copii - Panțiru Daciana, *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Colegiul Național „George Coșbuc”,* Matei Ioana, *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Traian Dârjan”* 27

Povești sociale/ terapeutice - utilizarea lor ca tehnică complementară în terapia logopedică Prodea Gabriela, *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială “Liviu Rebreanu”*.....31

Relația dintre actul grafic și psihomotricitate- suportul morfologic al actului grafic - Sorina-Dana Gavriș, *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Liceul Teoretic„Eugen Pora”*, Mihai Cucu- *Universitatea „Dimitrie Cantemir’’*.....37

Abordarea cognitivă a tulburărilor specifice de învățare -studiu experimental- dr. Chișu Silviana, *logoped specialist, CJRAE Cluj, Liceul Teoretic „Mihai Eminescu”*.....42

Proiect educațional regional „Curcubeul Cuvintelor” - Panțiru Daciana, *Profesor logoped, CJRAE Cluj,Colegiul Național „George Coșbuc”,* Matei Ioana, *Profesor logoped, CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Traian Dârjan”*.....49

Prevenirea apariției tulburărilor de limbaj prin combaterea obiceiurilor orale vicioase.

Andreica Grațiela- *Profesor logoped,*

CJRAE Cluj, Școala Gimnazială „Horea”, Cluj Napoca

Preocuparea pentru funcționarea normală și eficientă a aparatului fonoarticulator permite depistarea precoce a oricărei abateri de la normal.

Pentru a putea observa și acționa corect este necesar să se cunoască următoarele aspecte:

- prin **funcție normală** se înțelege o activitate corespunzătoare, fluentă, fără efort și o conformație adecvată, armonioasă în raport cu dimensiunile standard;
- **disfuncția** este o dificultate apărută și care perturbă funcția normală (Ex: deglutiția atipică, fonația/respirația defectuoasă, anomalii dento-maxilare etc);

Componentele aparatului fonoarticulator pot fi influențate și dezechilibrate de conduite greșite, care perturbă într-o anumită măsură pronunția corectă, respirația și întreg echilibrul normal pentru dezvoltarea limbajului. Intervenția tardivă nu mai este eficientă și poate duce la modificări structurale ireversibile.

O importanță deosebită în acest sens o au măsurile profilactice generale ce asigură dezvoltarea armonioasă a aparatului dento-maxilar și implicit a aparatului fonoarticulator.

În stabilirea măsurilor de profilaxie trebuie să se țină seama de următoarele aspecte (M.Mesaroș, G.Liliac, *Ortodonție-Pedodonție*, Ed. Medicală Universitară “Iuliu Hațieganu”, 2005, pg.158):

- perioadele de dezvoltare psiho-somatică a copilului;
- caracteristicile etapelor fiziologice de dezvoltare;
- predispoziții genetice;
- mediul socio-economic (dialogul și cooperarea având un rol determinant în obținerea de rezultate).

În perioada postnatală imediată, dezvoltarea armonioasă a copilului este condiționată de alimentația naturală deoarece ea asigură complexul nutritiv optim iar prin actul fiziologic al suptului se permite dezvoltarea grupelor musculare peri- și intraorale și favorizează prima mezializare fiziologică a mandibulei (migrarea firească a dinților spre înainte, spre linia mijlocie dintre cei doi incisivi centrali).

Scurtarea perioadei de alăptare sau lipsa ei și introducerea precoce a alimentației artificiale are efecte negative asupra evoluției ulterioare a aparatului dento-maxilar.

Dacă din diverse motive, alimentația naturală nu poate fi menținută se poate utiliza tetina pentru dezvoltarea musculaturii periorale. Tetina trebuie să fie realizată dintr-un material elastic, nu foarte moale, nu prea scurtă și cu orificiu de scurgere mic (pentru a stimula suficient musculatura).

Fiecare masă se va prelungi între 15-20 min, timp în care sugarul va depune un efort pentru a se hrăni, modificându-și astfel forma arcadelor, stimulând dezvoltarea grupelor musculare și favorizând mezializarea mandibulei.

O măsură specifică de profilaxie în această perioadă este evitarea alimentației sugarului cu linguriță, deoarece în acest mod, solicitarea mușchilor masticatori nu este suficientă, favorizând astfel o dezvoltare necorespunzătoare a grupelor musculare și a mandibulei.

Perioada posteruptivă (apariția dentiției) cuprinde intervalul între 6 luni și aproximativ 6 ani. În această perioadă măsurile profilactice trebuie să aibă în vedere următoarele obiective:

- deprinderea unei igiene orale corespunzătoare;
- alimentație adecvată;
- menținerea sănătății dentiției;
- urmărirea cu atenție a dinților temporari și erupția celor permanenți.

Dezvoltarea maxilarelor este influențată de acțiunea factorilor neuro-musculari. Culoarul dentar este acționat de trei mari grupe musculare (mușchii limbii, buzelor, obrajilor). Echilibrul acestor grupe musculare determină alinierea armonioasă a arcadelor dentare.

Dintre deprinderile sau comportamentele vicioase, care perturbă semnificativ dezvoltarea limbajului, următoarele sunt cele mai frecvente:

1. Obiceiul de sugere a degetului/a tetinei;
2. Aspirarea și mușcarea buzei;
3. Respirația orală;
4. Deglutiția atipică;
5. Tulburările fonetice;
6. Posturi linguale anormale;
7. Roaderea unghiilor;
8. Posturi nocive ale capului.

1. **Obiceiul de sugere a degetului/tetinei**. Prin sugerea puternică și repetată se produc contracții asociate ale buzelor.Din punct de vedere clinic obiceiul de supt cuprinde trei faze distincte de evoluție:
   - De la naștere la 3 ani, mulți copii accentuându-și obiceiul în momentul întreruperii alăptării;
   - În etapa de la 3- 6,7 ani sugerea degetului devine un proces important clinic atunci când obiceiul devine persistent, perseverent și atrage atenția mai întâi părinților, și apoi specialiștilor (educator, psiholog, logoped) deoarece poate să fie semnul unei posibile anxietăți cu repercursiuni asupra dezvoltării psihice a copilului.
   - După vârsta de 7 ani obiceiul de sugere a degetului poate avea urmări ireversibile

Decondiționarea obiceiului de supt este un act terapeutic a cărui etape trebuie să se desfășoare gradat și secvențial. La trei ani obiceiul apare ca o continuitate a alimentației naturale, de care copilul est privat la un moment dat. Obiceiul devine vicios după 4 ani. O prima etapă în derularea actului terapeutic o constituie discuția cu copilul. Acesta trebuie sensibilizat și informat în legătură cu necesitatea corectării într-o manieră blândă, optimistă.

Dacă prima etapă nu a avut succes, se poate apela la mijloace restrictive: cotiere, mănuși oarbe, aparate ortodontice. Aceste măsuri decondiționează dar nu corectează o eventuală anomalie dento-maxilară asociată. Pentru a instala aparatul e nevoie de o perioadă de acomodare, în acest sens sprijinul părinților este foarte important, ei trebuie să fie consecvenți cu decizia luată, să încurajeze copilul.

2. **Combaterea obiceiului de aspirare și mușcare a buzei**.

Acest obicei apare în anomalii dento-maxilare, cum ar fi mușcătura deschisă (ocluzia deschisă). De cele mai multe ori acest obicei este târziu descoperit, iar tratamentul profilactic trebuie făcut în paralel cu cel ortodontic de poziționare corectă a incisivilor.

3. **Respirația orală predominantă**

Poate favoriza instalarea unor anomalii la nivelul alveolelor dentare și dentiției. Cauzele respirației orale pot fi de natura unor afecțiuni O.R.L, vegetații adenoide,

rinofaringite repetate sau deviație de sept. În această situație se impune deci un consult O.R.L. Când nu se confirmă un astfel de diagnostic, respirația orală este asociată cu poziții posturale vicioase (hiperextensia capului în timpul somnului), o scurtare a buzei superioare sau bolta palatină ogivală.

Respirația orală poate perturba atât vorbirea cât și deglutiția, iar reeducarea respirației trebuie să se facă precoce, copilul trebuie învățat respirația pe nas, cu gura închisă. Exercițiile care se fac sunt succesiuni de inspirații și expirații nazale, profunde, de preferință în aer curat, antrenând întreaga musculatură.

În situația în care respirația orală apare din cauza unui dezechilibru existent la nivelul culoarului dentar, prin afectarea mușchilor orbiculari, sunt necesare următoarele exerciții:

- țuguierea buzelor (stimulează contracția mușchilor orbiculari);
- retracția comisurilor bucale, cu ajutorul degetelor, urmată de apropierea buzelor;
- exercițiul cu năsturelul (se utilizează un nasture cu diametru de 1-2 cm, prin găurile căruia se introduce un fir de elastic lung de aproximativ 10 cm) – nasturele se introduce în gură de către copil și se va ține cu dinții, în timp ce se trage ușor de capătul elasticului; - prin întinderea și destinderea elasticului se determină contracția mușchilor orbiculari (elasticul mai are rolul de a împiedica înghițirea nasturelui);
- umflarea unui balon.

! Corectarea respirației este necesară și din punct de vedere comportamental, deoarece studiile au dovedit că persoanele cu respirație orală pot dezvolta tulburări de atenție și sunt mai puțin activi.

4. **Deglutiția atipică**.

La vârsta de 2 ani deglutiția normal dezvoltată, devine de tip adult și are următoarele caracteristici:

- buzele sunt apropiate/închise;
- dinții apropiați;
- limba aplicată în treimea anterioară a palatului.

Plasarea limbii interdental, în timpul masticației este considerată atipică și de cele mai multe este cauzată de respirația orală, sau poate să apară la copiii cu obiceiuri de sugere a degetelor. Deglutiția atipică apare și în cazul macroglosiei.

Transformarea unei deprinderi greșite în comportament fiziologic adaptat necesită o cooperare strânsă cu copilul și familia acestuia și o motivație puternică.

Decondiționarea deglutiției atipice presupune:

- informarea părinților asupra funcției normale;
- învățarea conștientă a deglutiției;
- repetarea noului reflex format până la automatizare.

5. **Tulburările fonetice**

Apar atunci când echilibrul dintre presiunile limbii în diferite zone ale cavității bucale și funcționarea musculaturii periorale este perturbat. Pronunțarea fonemelor se realizează prin poziționarea corectă a limbii în interiorul cavității bucale, prin modelarea corespunzătoare a buzelor și a vălului palatin pentru eliberarea corectă și optimă a undei de aer.

Pot să apară tulburări fonetice atunci când sunt anomalii dento-maxilare sau anomalii anatomice care împiedică mobilitatea și adaptarea limbii. O musculatură ineficientă poate duce la apariția defectelor de articulare și poate favoriza dezvoltarea unor anomalii dento-maxilare.

Corecția acestor anomalii prin proceduri orto-dontice pot determina dispariția spontană a tulburărilor fonetice iar dacă nu se întâmplă așa, pentru reușita tratamentului este necesară colaborarea dintre stomatolog și logoped.

6. Posturile linguale anormale

Pot determina ocluzii deschise și pot influența semnificativ vorbirea. De cele mai multe ori, poziția propulsată a limbii apare din cauza unor afecțiuni O.R.L și de aceea este necesar mai întâi un consult de specialitate.

7. Roaderea unghiilor

Reprezintă un comportament vicios ce poate produce în timp deformări ale dentiției și ascunde în majoritatea cazurilor un comportament anxios, fapt ce poate determina mai târziu, tulburări de comunicare.

8. Posturile nocive ale capului

Pot determina de asemenea anomalii dento-maxilare. În cele mai multe cazuri posturile nocive ale capului apar pe perioada somnului la copil și pot să fie sub formă de hiperflexie sau hiperextensie. În acest sens este importantă poziția în timpul somnului la copil, asigurarea condițiilor adecvate de somn, fără sprijinirea capului pe perne voluminoase sau cu pumnul sub obraz.

Trebuințele și satisfacerea lor duc la formarea unor complexe senzoriale. Se creează comportamente în raport cu satisfacerea trebuințelor, respectiv starea de bine sau nesatisfacerea lor și atunci apar disfuncționalități, frustrări etc. Concomitența și repetarea unor reacții, duc la consolidarea unor comportamente. Este de dorit formarea comportamentelor optime, în conformitate cu o dezvoltare armonioasă din punct de vedere fizic și psihic.

”În primul an de viață al copilului se pun bazele majorității conduitelor acestuia. Procesul formării și consolidării lor este deosebit de complex, unele apărând pe fondul altora sau în strânsă legătură cu ele.” (Emil Verza, *Psihologia copilului,* Editura Didactică și pedagogică, R.A., București,1994, pg.59)

Modalitățile de stimulare optime, varietatea experiențelor de învățare venite din partea mediului apropiat copilului, interesul acordat comunicării, sunt variabile care influențează achizițiile copilului.

Bibliografie

Anca, M. (2005). *Logopedie. Lecții,*Cluj-Napoca:Presa Universitară Clujeană.

Bodea Hațegan, C. (2016). *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise.* București:Ed. Trei.

Bodea Hațegan, C. (2013). *Tulburări de voce și vorbire. Evaluare și intervenție.* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Bubuțanu, A.L. (2016). *Rolul jocului didactic în depistarea, prevenirea și corectarea tulburărilor de limbaj la preșcolar.* Suceava: Ed. Cadrelor Didactice.

Druțu, I. (2002). *Studii și cercetări în psihopedagogia specială.* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Faber, A.& Mazlish, E. (2013) *Comunicarea eficientă cu copiii. Acasă și la școală.* București: Curtea Veche.

Gherguț, A. (2011). *Evaluare și intervenție psihopedagogică.* Iași.

King, G., Keohane, R., & Verba, S. (2000). *Fundamentele cercetării sociale.* București: Polirom.

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral.* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Mesaroș, M. & Liliac, G. (2005). *Ortodonția. Pedodonția.* Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară ”Iuliu Hațieganu”.

Păunescu, C. (1984). *Tulburările de limbaj la copil,* București: Editura Medicală.

Piaget, J., Inhelder, B.(1966). *Psihologia copilului.*Oradea: Intreprinderea poligrafică Crișana.

Roșan, A. (2015). *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție.* Iași:Polirom.

Santo, A. & Cusani, M. (2016). *Copilul meu are dificultăți de vorbire.* București: Ed.Lizuka Educativ.

Vrășmaș, E. & Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj.* București: Ed. Didactică și pedagogică.

Fluența citirii

Gabrian Teodora Lavinia-*Profesor logoped*

CJRAE Cluj, Liceul Teoretic „Nicolae Bălcescu”, Cluj Napoca

Fluenţa în citire reprezintă o abilitate specială de a decodifica rapid şi acurat cuvinte, ceea ce facilitează recunoaşterea cuvintelor suficient de rapid pentru a câştiga timp în citirea şi înţelegerea textului din care cuvintele fac parte. (Hațegan, Talaș, 2016).

Fluența verbală presupune atât viteză, cât și corectitudine, adică numărul de cuvinte corect citite într-un interval de timp. La finalul fiecărei etape de școlarizare, pentru ca elevul să poată fi considerat fluent în actul lexic, acesta trebuie să fie capabil să citească corect un anumit număr de cuvinte într-un minut. Se evidențiază și progresul înregistrat de către elev pe pasrcursul intervalului școlar. Astfel, demersurile terapeutice pot fi monitorizate și îmbunătățite, pentru a crește impactul pozitiv pe care acestea le exercită asupra elevului.

În literatura de specialitate sunt delimitate două teorii care stau la baza abordării problematicii fluenței: teoria procesării lingvistice (LaBerge și Samuels, 1974) și teoria eficienței verbale (Perfeti, 1985). Ambele teorii au la bază trei direcții de abordare a problematicii fluenței în vorbire:

- decodarea cuvântului și comprehensiunea citirii sunt procese separate și secvențiale,
- abilitățile de decodare a cuvântului sunt în strânsă legătură cu comprehensiunea citirii,
- dificultățile de recunoaștere în mod automat a cuvântului afectează semnificativ abilitățile cititorului de a înțelege cee ace citește (Hațegan, Talaș, 2016).

Elementul-cheie al ambelor teorii este decodificarea. Aceasta este direct relaționată cu abilitățile cognitive ale persoanei. Dacă un cititor slab consumă multe resurse cognitive în procesul de decodificare, este evident că rămân puține astfel de resurse pentru înțelegerea textului parcurs. Vorbim astfel despre o comprehensiune deficitară, grafemele fiind decodificate cu dificultate.

Relația dintre decodificarea și comprehensiunea textului este stabilită pe baza procesării lingvistice și a consumului energetic cognitive implicat. Se desprinde nevoia de a aborda subiectul eficienței: citirea fluentă nu este importantă doar din punct de vedere expresiv, ci are implicații serioase asupra înțelegerii verbale a textului. Cititorul nu trebuie doar să decodifice cuvintele, ci să realizeze acest lucru și într-un timp scurt, cu un consum cât mai redus de resurse cognitive. Pentru o decodificare rapidă, este nevoie de o recunoaștere vizuală a cuvintelor.

Citirea fluentă este delimitată la nivelul cuvântului și la nivelul textului (Wagner, 2011). Citirea listelor de cuvinte se poate realiza extrem de fluent, însă aspectul acesta nu este obligatoriu legat de comprehensiune. Sarcinile de lucru propuse delimitează mai multe niveluri de abordare a terapiei, în vederea îmbunătățirii abilităților de citire fluentă, cu implicații asupra achiziției citirii și a îmbunătățirii comprehensiunii textului. Nivelurile acestea sunt etape specifice din demersul de intervenție:

- etapa denumirii fluente a grafemelor,
- etapa citirii fluente a grupurilor de litere și a silabelor,
- etapa citirii fluente a logatomilor,
- etapa citirii fluente a cuvintelor simple și a celor complexe din punct de vedere fonologic,
- etapa citirii fluente a propozițiilor scurte și dezvoltate,

- etapa citirii fluente a textelor.

Atât timp cât există o relație între fluența în citire, decodificarea la nivelul cuvântului și cea la nivelul textului și comprehensiunea verbală, există o relație între fluența în citire, comprehensiunea verbală și caracteristicile lingvistice specifice limbii în care se realizează actul lexic (Hațegan, Talaș, 2016). Există o relație semnificativă între structura cuvintelor din limba irlandeză și fluența în citirea acestora (Hickey, 2007).

Structura suprasegmentală a limbii reprezintă încă o componentă fonologică importantă pentru impactul asupra fluenței verbale (Anca, Hațegan, 2008). Unitățile suprasegmentale sunt intensive atunci când caracterizează o singură silabă și extensive atunci când caracterizează un segment fonic cu o extensiune mai mare decât o silabă. În limba română, accentul este o categorie suprasegmentală intensivă. O categorie suprasegmentală extensivă este – în limba română – intonația.

Nu poate exista accentul separat, ci numai împreună cu unitățile fonetice segmentale (vocalele și consoanele), peste care se suprapune și pe care le caracterizează. Accentul se evidențiază printr-o pronunțare cu o intensitate mai puternică a sunetelor din anumite silabe ale cuvintelor. De obicei, în limba română accentul este poziționat pe antepenultima silabă.

Intonația poate fi definită ca o înlănțuire, proiecție muzicală de tonuri și accente, care variază în raport cu ideile și sentimentele vorbitorului (Dascălu-Jinga, 2001). Intonația confer semnificație textului, prin intermediul intensității, dar mai ales prin calitatea articulării. Relația dintre fluența verbal și structura fonologică suprasegmentală se materializează în capacitatea cititorului de a lectura cuvinte și texte, plasând accentul corect la nivelul silabelor, respectând pauzele dintre cuvinte și utilizând corect intonația. Fluența verbal ar trebui să fie mult mai bine reprezentată prin conținuturile curriculare, acestea având o pondere semnificativă în achiziția principalelor deprinderi școlare, scrisul și cititul.

Fluența citirii se referă la abilitatea de a citi în mod rapid, acurat și cu o expresivitate adecvată. (National Reading Panel, 2000; Kuhn și Stahl, 2004).

Majoritatea definițiilor citirii fluente sunt bazate pe anumite aspecte a modelului de procesare a informației susținut de LaBerge și Samuels (1974) sau a teoriei eficienței verbale susținută de Perfetti. (1985) Ambele teorii au la bază conceptele:

- decodarea cuvântului și comprehensiunea citirii sunt procese separate și secvențiale
- abilitățile de decodare a cuvântului sunt în strânsă legătură cu comprehensiunea citirii
- dificultățile de recunoaștere în mod automat a cuvântului afectează semnificativ abilitățile cititorului de a înțelege ceea ce citește.

Prozodia, abilitatea cititorului de a citi un text cu accentul, pauzele și intonația corespunzătoare, au fost, de asemenea identificate ca fiind componente importante a citirii fluente. Atunci când cititorii sunt capabili să reflecteze asupra inflecțiunilor limbii vorbite, ei demonstrează abilități de înțelegere a textului, de auto-monitorizare și auto-corectare a propriilor erori de citire. în timp ce cercetătorii au studiat mai mult despre subabilitățile și componentele interrelaționale ce contribuie la abilitatea cititorului de a citi fluent, unii au argumentat faptul că definiția citirii fluente ar trebui să se extindă dincolo de comportamentele observabile precum ritmul citirii, acuratețea și prozodia. Oricum, mulți cercetători preferă să definească citirea fluentă prin ritm plus acuratețe/corectitudine exprimate prin ”cuvinte corecte pe minut”. (Hasbrouck ScTindal, 1992)

Fluența implică recunoașterea automată a cuvântului într-un ritm ce îi permite cititorului să utilizeze resursele cognitive astfel încât acesta se poate concentra asupra ideii centrale a textului. Astfel, atunci când cititorii decodează în mod automat, ei sunt capabili să-și schimbe strategiile cognitive de decodare și să-și îndrepte atenția asupra extragerii ideii principale a textului. Astfel, aceste definiții permit descrierea citirii fluente, iar specialiștii în terapia limbajului de asemenea trebuie să știe:

- cum se măsoară fluența
- care este rapiditatea normală pentru ca un elev să fie fluent
- la ce progres se poate aștepta în urma intervențiilor asupra fluenței citirii
- tipurile de intervenții care sunt eficiente

Fluența citirii este una dintre caracteristicile definitorii ale cititorilor experți, iar lipsa fluenței este o caracteristică definitorie a slabilor cititori. Diferențele în ceea ce privește fluența citirii nu doar că fac distincție între cititorii experți și cei slabi, însă lipsa fluenței citirii este de asemenea un predictor a problemelor de comprehensiune a citirii. (Stanovich, 1991).

în timp ce slab cititorii învață relația sunet-simbol și ajung să decodifice într-un mod corect, dificultățile lor în ceea ce privește fluența este evidențiată în eforturile depuse pentru o citire corectă. Această lipsă a fluenței în citire constituie o problemă pentru slab cititori deoarece au tendința să citească greu, concentrându-se pe decodarea la nivelul cuvântului, ceea ce face ca înțelegerea textului să fie dificilă sau chiar imposibilă.

Citirea fluentă cuprinde trei elemente cheie: acuratețea citirii unui text cu un ritm și o prozodie sau expresivitate adecvate. (Hudson, Mercer, Lane, 2000). Un cititor fluent poate menține această performanță pentru perioade lungi de timp, poate să dețină această abilitate și după lungi perioade fără exercițiu, iar această abilitate se poate extinde la nivelul mai multor tipuri de texte. De asemenea, un cititor fluent nu este ușor distras de diferiți stimuli externi și citește fără efort.

Un motiv de a depune eforturi ca elevii să devină cititori fluenți este puternica legătură dintre fluența citirii și comprehensiunea/înțelegerea citirii. Fiecare aspect al fluenței are o legătură cu înțelegerea la nivelul textului. Fără o acuratețe în citirea cuvintelor, cititorul nu va putea înțelege ideea promovată de scriitor, iar citirea incorectă a cuvintelor poate duce la interpretări greșite ale textului. De asemenea, prozodia săracă poate duce la utilizarea de grupuri de cuvinte incorecte sau fără înțeles sau la utilizarea de expresii incorecte.

Legătura dintre acuratețea citirii și performanța în citire

Acuratețea citirii cuvântului se referă la abilitatea de a recunoaște sau decoda corect cuvintele. Pentru citirea corectă a cuvântului este necesară înțelegerea principiului alfabetic, abilitatea de a uni sunetele împreună (Ehri & McCormick, 1998) și cunoașterea unui număr mare de cuvinte care să fie utilizate în vorbire. Slaba acuratețe a citirii cuvintelor are influențe negative asupra comprehensiunii și fluenței. Un elev care citește cuvintele incorect, nu va putea înțelege mesajul transmis de autor, iar citirea fără acuratețe a cuvintelor poate duce la interpretări greșite ale textului. În Studiul Citirii Fluente din 2002, fiind considerat parte a Evaluării Naționale a Progresului Educațional (NAEP), cercetătorii au constatat faptul că atunci când copiii au făcut erori care au schimbat înțelesul textului a existat o legătură mai directă cu comprehensiunea citirii decât cu erorile care nu au rezultat într-o schimbare de semnificație. (National Assessment Governing Board, 2002). De asemenea, ei au constatat că erorile care nu afectează înțelesul sunt rare.

Atunci când cuvintele nu pot fi citite în mod acurat din memorie, ele trebuie analizate. De aceea, este important să se predea strategii de identificare a cuvintelor, precum decodarea și utilizarea analogiei. (Ehri, 2002), pentru a înțelege cuvintele necunoscute. Decodarea este un proces realizat secvențial prin care cititorul unește sunetele pentru a alcătui cuvinte. Acest lucru poate fi realizat prin unirea fonemelor izolate (începutul decodării) sau fonograme (o formă mai avansată a decodării) (Ehri, 2002). Pentru a decoda în mod acurat cuvintele, cititorii trebuie să fie capabili:

- să identifice sunetele reprezentate de litere sau combinații de litere
- să unească foneme
- să citească grafemele
- să realizeze corespondența literă-sunet

Strategii didactico-terapeutice de antrenare a fluenței citirii

Pentru a înțelege textele scrise, elevii trebuie să descifreze cuvintele cât mai rapid și mai corect în procesul de citire. Cu cât decodificarea cuvintelor este mai exersată, cu atât aceasta se produce mai repede și cantitatea de energie mentală pe care o necesită este mai mica, astfel încat este posibilă concentrarea asupra înțelegerii textului.

"Dezvoltarea fluenței în citire se realizează prin exercițiu. Cercetările demonstrează că lectura repetată a aceloraşi fragmente contribuie la îmbunătățirea fluenței . Lectura repetată este mai atractivă dacă are ca scop jocul cu dinamica sunetelor (Laurum, 2000).

Dintre strategiile didactice pentru dezvoltarea fluenței amintim: elevii trebuie să aibă acces la multe cărți și materiale de citit în școală, programele intensive de citire în gând pot fi utilizate pentru promovarea activității de exersare a cititului, încurajarea elevilor să citească independent din ce în ce mai mult, încurajarea elevilor să citească diferite tipuri de text, învățarea elevilor cum să aleagă cărți la nivelul de citire adecvat lor, dezvoltarea interesului elevilor față de activitatea de citire, oferindu-le materiale de citit care să corespundă cu interesele, pasiunile și aspirațiile lor în viață, alegerea materialelor adecvate din punct de vedere cultural.

Citirea prin ascultare și abordările de tipul "în perechi", "comun" și "în colaborare" pentru activitatea de citire se utilizează de mulți ani și necesită tehnici ușor diferite. Aceste metode se folosesc deseori pentru a permite cititorilor cu dificultăți să-și lărgească gama de strategii de citire întrebuințate.

Citirea în comun, atunci când copilul citește textul, iar profesorul/adultul îl ascultă și îi spune cuvintele pe care copilul refuză să le citească (cele pe care nici nu încearca să le citească) sau care schimbă înțelesul propoziției sau textului. Așteptați în jur de șase secunde înainte de a furniza cuvântul, pentru a lăsa copilului puțin timp de gândire, dar nu prea mult timp, pentru a pierde șirul povestirii. Acceptați cuvintele cu semnificație similară (ghicite corect). La sfârșitul anumitor pagini sau al întregii cărți, puneți întrebări pentru a ajuta copilul să recepteze semnificația textului. Lăudați copilul întotdeauna și mulțumiți-i că a citit pentru dumneavoastră.

Citirea pe rând, atunci când copilul întampină probleme în citirea unui text lung sau al unui text prea dificil, atunci adultul/colegul partener și copilul pot citi pe rând câte o bucată de text.

Elevul poate citi în pereche cu un adult sau cu un alt copil. Dacă este vorba de perechi de copii, atunci toți copiii pot citi în perechi. Întrebați copiii dacă au nevoie de ajutor pentru a-și îmbunătăți abilitățile de citire. Odată ce ați identificat acei copii care au nevoie de sprijin, puteți cere celorlalți copii din grupul rămas dacă vor să se ofere voluntari, jucând rolul de tutori. Fiecare copil care are nevoie de sprijin îl va alege pe colegul preferat dintre cei care s-au oferit voluntari. Apoi, copiii-tutori vor fi instruiți cum să utilizeze tehnicile de citire în pereche.

Pentru copilul din clasa pregătitoare, citirea imaginilor este şi mai importantă. Ea dezvoltă gustul cititului şi poate fi apreciată ca etapă premergătoare procesului de instruire, ce conţine elemente de organizare a activităţii mintale.

Citit-scrisul selectiv constă în indicarea cuvintelor şi propoziţiilor apreciate ca fiind critice sau care au un anumit grad de dificultate, ce poate determina erori tipice şi pe care subiectul trebuie să le citească sau să le scrie. În aceste condiţii, atenţia logopatului este centrată pe o anumită categorie de cuvinte, litere şi grafeme, învaţă să le diferenţieze de altele şi să depună eforturi pentru a le reproduce corect. Citit-scrisul selectiv este o metodă care trezeşte interesul copilului şi-i stimulează motivaţia pentru desăvârşirea acţiunii. În acelaşi timp, se realizează printr-un efort şi îmbracă forma activităţii plăcut-distractive.

Citirea simultană şi scrisul sub control in care subiectul citeşte în acelaşi timp cu logopedul, scrie sub supravegherea nemijlocită a acestuia. Astfel imită modelul şi fiecare

greşeală este corectată pe loc. Cu timpul, subiectul învaţă să se auto-controleze şi să devină conştient în raport cu propria sa activitate, ca şi modelul corect.

Citirea şi scrierea în pereche este metoda ce determină rezultate pozitive şi datorită menţinerii situaţiei tensionale, a formării - dezvoltării motivaţiei competiţionale şi a satisfacţiei pentru succesul împlinit. Procedeul poate fi extins la un grup mai mare de subiecţi, şi ca urmare dispare inhibiţia şi încordarea caracteristică dislexo-disgraficilor. Pentru logopaţi cu deficit de intelect este şi mai indicată o asemenea metodă. Ea are darul şi de a contribui şi la înlăturarea negativismului faţă de activitatea de scris-citit. (But,2014)

Citirea şi scrierea în ştafetă este metoda ce presupune ca fiecare subiect, dintr-un grup anumit, să citească ori să scrie una sau mai multe propoziţii. Apoi, el trebuie să indice un coleg care să continue acţiunea. Pentru desfăşurarea în condiţii normale a activităţii, toţi partenerii trebuie să fie atenţi pentru a putea continua şi corecta pe cel ce greşeşte. Ca atare, această metodă are o serie de elemente comune cu cea a citirii şi scrierii în pereche, cât şi prin rezultatele pozitive obţinute. (But,2014)

Citirea şi scrierea în ştafeta greşelilor - în care subiectul primeşte sarcina să scrie sau să citească până în momentul comiterii unei greşeli pe care colegii au datoria să o semnaleze. Se poate alcătui un grafic, care să pună în evidenţă numărul punctelor obţinute de subiect, notându-se cu minus fiecare greşeală şi cu plus citirea sau scrierea unui text cât mai lung. În felul acesta, se va obţine o ierarhizare a subiecţilor într-o activitate dată sau pe un timp limitat, ceea ce evidenţiază şi progresele făcute. Metoda prezintă avantajul că trezeşte ambiţia subiecţilor şi stimulează interesul pentru a ocupa un loc cât mai bun în clasificarea finală.

Citirea şi scrierea pe roluri - deosebit de important este că prin folosirea acestui procedeu se facilitează introducerea intonaţiei şi a ritmului de citire ca şi în învăţarea regulilor logico-gramaticale în activitatea lexico-grafică.

Citirea şi scrierea pe sintagme in care elevul trebuie învăţat să sesizeze sensul celor citite sau scrise şi să cuprindă în câmpul său perceptiv, unităţile sintactice, sintagmatice, purtătoare de semnificaţii. În acest scop devin foarte eficiente învăţarea subiectului să împartă textul de citit pe unităţi logice, iar dictările şi autodictările să se efectueze tot pe unităţi sintagmatice. Această metodă contribuie la formarea deprinderilor lexico-grafice, prin facilitarea vitezei, legarea mai bună a grafemelor în cuvânt, evitarea săririi rândurilor ori repetarea lor la citit, evitarea suprapunerilor de rânduri, la scris, înlăturarea agramatismelor, dezvoltarea capacităţii de discriminare dintre fonem-grafem, fonem-literă, literă-grafem.

Alte modalități de îmbunătățire a fluenței lecturii sunt: citirea cu intonație urcătoare, citirea cu intonație coborâtoare, citirea cu voce tare, citirea cu voce scăzută.

Citirea cu voce tare presupune înțelegerea textului de către elev și depinde de o anumită autonomie a privirii în raport cu vocea, starea emoțională.

BIBLIOGRAFIE

Anca, M., Haţegan, C. (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Presa Universitară Clujeană, ClujNapoca

Bercea (Matei) Ioana-Veronica.(2016). *Dezvoltarea fluenței citirii la școlarii mici diagnosticați cu dificultăți specifice de învățare*- lucrare de dizertație,Coord. Bodea Hațegan

Bodea Haţegan, C., Talaş, D. (coord.) (2016). *Fluenţa verbală. Direcţii teoretice şi aplicaţii psihopedagogice,* Argonaut Publishing, Cluj-Napoca

Bodea Haţegan C., (2016). *Logopedia.Terapia tulburarilor de limbaj. Structuri deschise,* Editura Trei, București,

But A, (2013).*Îmbunătățirea fluenței citirii la elevii de clasa a II a-prin aplicarea probei P.E.A.F.C.*-lucrare de dizertație , Coord. Bodea Hațegan C.

Analiza tulburărilor de citit la micii școlari

Gherle Șoimița, *Profesor logoped,*

CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Ion Agârbiceanu”, Cluj Napoca

Pentru a înţelege ce este dislexia, se pune mai întâi întrebarea: “Ce este citirea?”! Citirea este o activitate complexă ce pune în joc mecanismele auditive, vizuale şi motorii şi care - atunci când se va depăşi simpla cunoaştere a sunetelor şi se va cere înţelegerea semnificaţiei cuvintelor – va cere participarea inteligenţei generale şi chiar va face apel la întreaga experienţă a individului.

Vom examina separat fiecare din operaţiile mintale pe care le necesită citirea şi care la examinarea dislexicilor sunt în diverse grade afectate:

A. diferenţierea auditivă a sunetelor limbajului simbolizat prin litere;
B. diferenţierea vizuală a semnelor limbajului simbolizat prin litere;
C. distingerea ordinii de succesiune a literelor (în spaţiu) şi a sunetelor (în timp);
D. înţelegerea sistemului nostru de scriere alfabetică, adică a codului de simbolizare a unui sunet sau a unei mişcări articulatorii elementare printr-un semn grafic;
E. posibilitatea de evocare rapidă a realităţii simbolizate prin sunetele citite.

A. Dificultăţi de diferenţiere auditivă

Pentru a atribui pentru un anumit semn vizual un sunet elementar al limbajului, trebuie să se distingă mai întâi cu mare claritate fonemele între ele.

O ureche normală percepe diferenţele acustice ce caracterizează fonemele. La dislexici avem o deficienţă a percepţiei auditive care nu le permite să analizeze într-un mod suficient de exact şi precis sunetele limbajului vorbit, pentru a sesiza corect sistemul reproducerii lor scrise. Este uşor să ne dăm seama că un astfel de copil va arăta mai repede şi cu mai multă uşurinţă o literă a cărei nume sună rostit, decât să deprindă dintr-o silabă prima literă. Aceasta pentru că el nu poate diferenţia corect suflul sau explozia ce constituie un fonem sau altul din cadrul silabei.

Existenţa tulburărilor auzului fonematic sau slaba dezvoltare a acestuia determină dificultăţi nu numai la nivelul emisiei, dar şi la acela al discriminării literelor şi reprezentării lor în planul grafic. Dacă fenomenul este accentuat, dificultăţile se extind la nivelul grupurilor de litere şi chiar a cuvintelor. În astfel de situaţii, dislexicul nu conştientizează propriile sale dificultăţi şi nu reuşeşte să efectueze comparaţii corecte între produsele sale lexice şi cele ale unui subiect normal.

În acest sens am aplicat proba paronimelor - folosind material verbal cu sens - indicată în corectarea vorbirii, pentru că elevul implică şi gândirea în perceperea materialului; se apelează la mai mulţi analizatori, stimulează înţelegerea şi atenţia.

Arsenalul de ***metode*** la care am recurs urmăresc:

- Formarea capacităţii de diferenţiere fonematică prin distingerea şi discriminarea sunetelor şi a cuvintelor.
- Formarea percepţiei fonematice corecte.
- Analiza fonematică acustică care poate face trecerea sistematică de la frază, propoziţie spre cuvânt până la silabă şi aceasta până la sunet.
- Educarea pronunţiei ritmice.
- Educarea pronunţiei melodice.

B. Dificultăţi de diferenţiere vizuală

Este o diferenţă de structurare a formelor - copilul fiind incapabil să se servească de criteriile ce permit diferenţierea formelor asemănătoare.

Confuziile cele mai frecvente şi tenace survin între litere ce nu diferă decât prin orientare: u - n; p - q - b - d.

Pentru a le diferenţia trebuie luate punctele de reper ca: sus-jos; dreapta-stânga. Copiii întrebaţi asupra deosebirii dintre aceste litere spun că nu sunt la fel, dar nu sunt capabili să explice de ce nu sunt la fel. Aici este vorba de deficienţă în structurarea spaţiului.

În anumite cazuri, asemănările vizuale şi auditive se combină ceea ce facilitează confuziile ca în cazul lui: b – d; m – n din cauza asemănărilor ca formă şi ca sonoritate.
Se întâlnesc uneori şi confuzia între **o – a** (din cauza ovalului), între **e – a** (de tipar) sunt litere ce seamănă una cu inversul de sus în jos şi de la dreapta la stânga cu cealaltă.

C. Dificultăţi în distingerea ordinei de succesiune a literelor

Dificultatea se referă la aceeaşi orientare spaţială semnalată mai sus.
Copilul nu-şi dă seama că urmează sensul stânga-dreapta în citire şi că inversează ordinea literelor. El citeşte fără a distinge, de ex., ra şi ar, pla şi pal, sau nu începe cuvântul cu prima literă, inversează silabele sau literele şi silabele. Acest lucru este mai frecvent în cadrul silabelor mai complexe cu 3-4 consoane. Trebuie sesizat că aceste tulburări de structurare a formelor spaţiale sunt însoţite de tulburări ale structurării formelor temporale. Copilul care inversează literele în citit se încurcă în ordinea succesiunii sunetelor limbii vorbite. Aceste dificultăţi ale vorbirii orale vor apare mai accentuat în ortografiere pentru că trebuie să se realizeze coincidenţa succesiunii temporale şi succesiunii spaţiale, adică să corespundă succesiunea fenomenelor din limbajul oral cu deplasarea de la stânga la dreapta a limbajului scris.

Dificultăţile de ordin auditiv sau spaţio - temporal sunt integral repartizate la dislexici. La unii predomină confuziile auditive, la alţii dificultăţi de structurare. Se înţelege că cele două feluri de dificultăţi reunite ajung să facă din învăţarea citirii o aşa încurcătură încât copilul se pierde complet, inversând dreapta.

D. Incomprehensiunea sistemului de scriere alfabetică, adică a codului de simbolizare a unui sunet sau a unei mişcări articulatorii elementare printr-un semn grafic

Pentru a trece de la limbajul oral la ce scris trebuie sesizat sistemul de scriere alfabetică. Mulţi copii nu sesizează la început cheia sistemului de scriere, mai ales dacă se începe cu citire globală şi dacă întâmpină dificultăţi în izolarea şi diferenţierea sunetelor.

Fiecare literă corespunde unui sunet, ceea ce înseamnă că acela care citeşte trebuie să efectueze mişcarea articulatorie proprie emisiei acelui sunet în acelaşi timp cu perceperea literei. Pentru a citi trebuie deci să stabilească o coincidenţă, o corespondenţă între semnul vizual şi mişcarea articulatorie destinată să producă sunetul.

Dacă copilul n-a învăţat să citească, înseamnă că el n-a înţeles la ce servesc literele. Când se examinează asemenea copii, părinţii sunt stupefiaţi de această realitate a incapacităţii realizării actului citirii în cele mai simple combinaţii-silabe; copii nu pot recunoaşte o literă după sunet sau să execute mişcarea articulatorie pe care o simbolizează acea literă. Copilul ştie numele literelor, ceea ce iluzionează , dar este incapabil de-a le pronunţa în mod izolat în afara cuvântului cunoscut.

Cea mai mare parte a copiilor ajung într-un timp mai scurt sau mai lung, mai uşor sau mai greu să sesizeze faptul că literele corespund articulaţiilor elementare a limbajului vorbit. Unii copii nu ajung niciodată.

Puşi în faţa unui text ei sunt incapabili să citească; dacă se insistă ei stabilesc numele literelor în şir, mâ - a - sâ – ă. Ei citesc în mijlocul textului câteva cuvinte, de ex. - masă pe care le cunosc pe dinafară şi în care recunosc forma ca un desen. Această incomprehensiune a codului de simbolizare sunet – semn grafic, este la originea dislexiilor celor mai grave şi constituie, dacă ea nu poate fi surmontată, o adevărată alexie.

E. Dificultăţile de evocare rapidă a realităţi simbolizate prin sunete citite

Tot aşa cum pentru a vorbi trebuie să fii capabil nu numai de a emite sunete, dar şi de-a lega o semnificaţie la aceste sunete, la fel citirea nu-i o simplă reproducere a sunetelor ci trebuie să evoci realitatea exprimată prin sunete. Aici ieşim din domeniul perceptivo-motor,

pentru a intra în domeniul lingvistic. Noi nu efectuăm trecerea pur şi simplu de la un semnal vizual la un semnal sonor, ci trebuie să ne raportăm la semnificaţia acestor semne.

Deşi familiarizaţi cu elementele citirii mulţi dislexici îndată ce sunt în faţa unui text au un debit ezitant, inexpresiv şi înţeleg prost sensul celor citite. Se pare că aici întră în joc şi alţi factori:

1. Pentru ca citirea sunt să fie curentă trebuie ca privirea să devanseze articularea, dacă nu, citirea este ezitantă, tăiată în silabe sau în cuvinte. Or, mulţi copii nu ajung să realizeze această operaţie complexă, privirea lor rămânând fixată pe silaba sau cuvântul care este pe cale să-l articuleze.
2. Cuvintele citite trebuie grupate în aşa fel ca pauzele să corespundă articulaţiilor. Or, dislexicul se opreşte la întâmplare, cel mai des când se izbeşte de un cuvânt sau o silabă dificilă, introducând tăieturi între cuvinte a căror semnificaţie cere să fie grupate sau, dimpotrivă, pe cele care ar trebui să le separe fără a ţine seama de punctuaţie.

Acest mod de citire face textul incomprehensibil. Aceasta şi pentru că nu înţelege nimic din ceea ce citeşte în acest fel. Pentru copil ceea ce citeşte este literalmente "literă moartă". El nu stabileşte sau chiar dacă o face, cu lentoare şi inexactitate, nu înţelege legătura dintre cuvânt şi lucru. Lectura nu-i însoţită de evocare, de reprezentare mentală a realităţi simbolizate prin cuvinte. În acest caz este vorba de o deficienţă fundamentală care a atins aspectul limbajului.

ETAPELE ÎNVĂŢĂRII CITIRII

Când se reeducă un copil dislexic, se întâmplă să fie nevoie nu numai de reeducarea tulburărilor de percepţie şi de organizare spaţio-temporală, ci trebuie să se urmărească în întregime învăţarea citirii.

Aici prezentăm un plan de învăţarea citirii, semnalând în trecere, dificultăţile pe care le putem întâlnii.

Prima parte

Iniţierea fonetică şi iniţierea în sensul citirii.

I. Mersul progresiv

1. vocalele: a o u e i
2. consoanele în ordinea: f-v / s-z / ș-j / p-b / t-d / c-g / l-r / m-n
3. Citirea de cuvinte simple
4. Citirea de propoziţii şi fraze simple.

II. Dificultăţi de prevăzut

1. Confuzia de consoane
2. Dificultăţi de asociere consoană-vocală
3. Neînţelegerea susului citirii

III. Modul de a proceda

1. Să se realizeze asocierea sunet-literă, după procedeul numit "cei trei timpi" folosind simbolurile auditive şi condiţionarea gestuală. Să se dea criterii de diferenţiere fonetică pentru a prevenii confuziile de consoane.
2. Cu autorul tablourilor de lectură se va proceda la asocierea consoanelor cu vocalele în silabe directe şi indirecte.
   a) Se cere să se citească silabele.
   b) Se spun silabe fără o ordine stabilită cerându-se copilului să arate literele pe tablou.
   c) Aceleaşi exerciţii se fac cu litere mobile.

Consoanele vor fi scrise cu albastru, vocalele cu roşu ceea ce va furniza copilului un punct de reper suplimentar pentru a pătrunde sensul citirii. I se va cere: "Să înceapă cu litera albastră" silabă directă sau începe cu litera roşie (silabă indirectă).

3. În continuare literele se vor apropia şi tablourile vor fi astfel compuse:

- fa af
- fo of
- fu uf
- fe ef
- fi if

4. Silabele vor fi prezentate apoi fără o ordine anumită amestecând progresiv noile achiziţii cu cele vechi pentru a obliga copilul la exerciţii de diferenţiere. În sfârşit, toate consoanele vor fi confruntate, unele cu altele în silabe directe şi indirecte pentru a fi siguri că subiectul le distinge şi le poate evoca cu uşurinţă. De ex:
   - sa fa as al ti ne
   - pi vu li ca mu ar
5. Lectura de cuvinte
6. Lectura unor fraze simple.

<u>Partea a doua</u>

Citirea grupurilor de consoane

Citirea diftongilor

I. Mersul progresiv

1. Citirea grupelor cu r şi l :
   - fr, pr, br, tr, dr, cr, gr, fl, pl, bl, tl, dl, cl, gl.
2. Grafia vocalelor
3. "h" mut

II. Dificultăţi de prevenit

1. Dificultatea în înţelegerea schimbării valorii literelor în grafia complexă.
2. Inversiunea în grupele cu r şi l

III. Modul de a proceda

Se va proceda pentru diferenţiere, pentru evitarea inversiunilor. Prevenirea se va face prin citirea tablourilor unde locul literelor este pusă în contrast şi prin exerciţii de citire şi compoziţii cu litere mobile.

Nu se va termina învăţarea citirii fără a aborda studiul grupelor complexe: sp, st, sc, spr, str, scr, scl, spl şi a cuvintelor ce conţin aceste grupe. Citirea cuvintelor dificile cu silabe complexe, se va face pornind de la silabe scrise în tablou cu litere mari.

Aici dată fiind scurtimea timpului de emisie copilul este incapabil de-a diferenţia diversele tipuri de sufluri sau explozii ce caracterizează fiecare consoană.

3. Se întâlnesc confuzii şi între:

bilabiale	*dentale*
m - b - p	n - d - t

Atenţia copilului se fixează numai deasupra mişcării articulatorii, fără a ţine seama de diferenţele sonore.Deficienţele de percepţie auditivă apar mai ales în ortografie. În citit, copilul inteligent se ghidează după sensul cuvântului.

Concuzie:

Din considerente metodologice am luat în studiu numai citirea, ca activitate de bază a elevului din clasa I, trecând pe plan secund activitatea de scriere. Deşi din cuprinsul lucrării reiese că cele două activităţi sunt strâns legate, totuşi, cercetarea noastră vrea să experimenteze posibilitatea însuşirii cititului înaintea scrierii, condiţionând această activitate prin aplicarea unui program metodologic de antrenament fonematic cu scop profilactic sau terapeutic pentru înlăturarea unor dificultăţi ce pot să apară la şcolarul începător şi pentru prevenirea unor tulburări lexico - grafice.

Bibliografie

Anca, M., (2002) *Logopedie*. PresaUniversitară Clujeană, Cluj-Napoca

Boldan, M., (1997), *Ghidul pronunțării corecte la copii*, Editura Lekton.

Cioacă, B.A., (1998), *Pași mai mici și pași mai mari pentru viitori școlari*, Ed. ALL,
Cioacă, B.A., (2000), "Gramatică ilustrată" Ed.Globus, 2000

Gherle, Șoimița Minighid logopedic Și eu vreau să vorbesc corect! Ed Ardealul, Cluj-Napoca, 2008

Guțu, M. (1975), *Logopedia*, Centru de multiplicare al Universității Cluj Napoca

Jurcău, E., Jurcău, N., (1999), *Învățăm să vorbim corect*. Editura Printez, Cluj-Napoca

Moldovan, I.,(2006) *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca

Panțiru , D., Bota, A., Goga, C., Zăhan, D., (2003), *Potrivim cuvinte*, Casa Corpului Didactic, Cluj-Napoca

Preda, V. (2006), *Programe de interventie timpurie si practici educative destinate copiilor cu disabilitati sau cu intarziere in dezvoltare*, Revista de Psihopedagogie, 1, p. 77-96.

Dezvoltarea socio-emoțională a școlarului mic în vederea optimizării adaptării la mediul școlar

Lișcan Adela I., *Profesor logoped,*

CJRAE Cluj, Şcoala Gimnazială „Avram Iancu”, Dej

Dezvoltarea socio-emoţională vizează debutul vieţii sociale a copilului, capacitatea lui de a stabili şi menţine interacţiuni cu adulţi şi copii, de a-şi percepe şi exprima emoţiile, de a înţelege şi a răspunde emoţiilor celorlalţi, precum şi dezvoltarea conceptului de sine. În strânsă corelaţie cu conceptul de sine se dezvoltă imaginea despre sine a copilului, care influenţează decisiv procesul de învăţare. Până de curând s-a asociat succesul adaptării la cerinţele mediului cu nivelul de dezvoltare al abilităţilor intelectuale separând raţionalitatea de emoţii. Cu toate că abilităţile sunt foarte importante, emoţiile sunt o sursă de informaţii esenţiale pentru supravieţuire.

Inteligenţa emoţională din viaţa adultă îşi are originea în dezvoltarea competenţelor socio–emoţionale din perioada preşcolară, aceasta fiind o perioadă de achiziţii fundamentale în plan emoţional, social şi cognitiv. Conştientizarea emoţiilor reprezintă abilitatea de bază pentru achiziţionarea celorlalte componente. Copiii învaţă despre emoţii şi modul în care acestea pot fi gestionate corect în contextul interacţiunilor sociale. Experienţele lor în relaţiile cu ceilalţi îi ajută să înveţe despre regulile de exprimare a emoţiilor, despre recunoaşterea lor, despre reglarea emoţională.

La vârsta şcolară mică principala sursă de învăţare despre relaţiile cu ceilalţi este jocul. Implicarea copiilor în joc facilitează dezvoltarea capacităţii de a iniţia interacţiuni. (Ştefan şi Kallay, 2010). Aceste interacţiuni pozitive cu ceilalţi colegi duc la formarea relaţiilor de prietenie, la dezvoltarea abilităţilor de cooperare. Prietenii sunt resurse emoţionale pentru petrecerea într-un mod plăcut a timpului liber. Cercetătorii arată că perioada de timp în care o persoană râde, zâmbeşte, vorbeşte cu cei din jur este mult mai mare între prieteni decât între persoane care se cunosc mai puţin. În aceste momente de relaxare se descarcă în organism anumite substanţe chimice numite "endorfine" care întăresc sistemul imunitar.

De asemenea, prietenii reprezintă o resursă tampon faţă de efectele negative ale unor evenimente precum conflicte în familie, divorţ, probleme şcolare. În aceste situaţii copiii se distanţează puţin de familie şi apelează la prieteni pentru a obţine suportul emoţional necesar. Studiile arată că schimbul de informaţii şi abilităţi se face mult mai eficient între prieteni decât între copii care nu se cunosc deoarece au mult mai multă încredere unul în celalalt şi se simt mai puţin vulnerabili atunci când îşi exprimă dificultăţile într-un domeniu.

Deoarece abilităţile emoţionale şi sociale au un rol atât de important în viaţa noastră, părinţii şi celelalte persoane implicate în educarea copiilor trebuie să fie informaţi despre problematica diferenţelor de gen şi despre necesitatea valorificării sau compensării acestor diferenţe în perioada şcolară mică, perioadă care este optimă din punctul de vedere al achiziţiilor socio-emoţionale (Ştefan şi Kallay, 2010). Părinţii şi învăţătorii, prin activităţile pe care le desfăşoară, pot sprijini şi oferi copiilor oportunităţi care să ajute dezvoltarea abilităţilor socio-emoţionale într-un mod adecvat, fără ca ea să fie limitată de stereotipurile de gen.

Orizontul copilului se lărgește în afara familiei, incluzând acum și școala. În perioada școlarității copilul devine mai independent de familie și principala preocupare a sa sunt prieteniile și relațiile cu învățătorii și colegii.

La vârsta școlară copilul reușește să-și exprime emoțiile și trăirile, are o gândire mai sofisticată și începe să se compare cu alți copii de aceeași vârstă. O relație pozitivă cu părinții îl încurajează pe copil să se simtă destul de în siguranță pentru a se aventura în afara teritoriilor familiare – în general școlarii mici sunt încrezători, aventuroși și siguri de capacitățile lor.

Principala provocare a școlarului mic este integrarea în mediul școlar, în cadrul familiei și printre prietenii săi.

Competența socială se referă la abilitatea copiilor de a forma relații sociale funcționale cu ceilalți copii și adulți din viața lor. Altfel spus, competențele sociale facilitează interacțiunile pozitive, corespunzătoare normelor culturale, în așa fel încât să permită atingerea propriilor scopuri și în același timp respectarea nevoilor celorlalți. Orice comportament social este rezultatul unui proces de învățare a ceea ce este valorizat de către societate. În plus, aceste comportamente ne ajută să atingem anumite scopuri, în condițiile în care ne permit să inițiem și să stabilim o relație cu altcineva.

Competenţa socială permite copiilor să dezvolte abilităţi de interrelaţionare adecvate. Ajută copiii să achiziţioneze comportamentele necesare stabilirii şi menţinerii relaţiilor interpersonale.

Tipuri de competențe sociale:

ABILITĂȚI INTERPERSONALE

Abilități de relaționare socială

1) interacționează cu ceilalți copii prin jocuri adecvate vârstei;
2) inițiază interacțiuni cu ceilalți copii;
3) împarte obiecte/ jucării;
4) oferă și cere ajutor;
5) își așteaptă rândul;
6) utilizează formule de adresare politicoase.

Abilități interpersonale de rezolvare de probleme

Rezolvă conflictele prin strategii adecvate vârstei (recurgerea la ajutorul unui adult, evitarea, negocierea şi compromisul).

ABILITĂȚI SOCIALE INTRAPERSONALE

1) Respectă regulile
2) Tolerează situațiile care îi provoacă frustrare

Competenţa emoţională, în sens larg, se referă la abilitatea de a gestiona propriile emoţii, precum şi de a recunoaşte şi de a se adapta la emoţiile celorlalţi. Goleman identifică opt componente ale acesteia (Saarini,1999 apud Schaffer, 2005, p.147) :

- conştiinţa propriei stări emoţionale
- abilitatea de a discerne emoţiile altora
- abilitatea de a utiliza vocabularul emoţiilor specific propriei culturi capacitatea de implicare simpatetică în experienţele emoţionale ale altora
- abilitatea de a înţelege că stările emoţionale interioare nu trebuie să corespundă cu expresia exterioară, nici la sine, nici la alţii
- capacitatea de adaptare la emoţiile aversive sau la cele care produc distres
- conştiinţa că relaţiile sunt definite, în general, prin felul în care emoţiile sunt comunicate şi prin reciprocitatea emoţiilor în interiorul relaţiei
- capacitatea de autoeficacitate emoţională, adică, de a simţi că deţii controlul asupra propriilor experienţe emoţionale şi de a le accepta.

Copiii învaţă despre emoţii mai ales în contextul relaţiilor interpersonale. În timpul interacţiunii lor cu adulţii sau cu alţi copii, aceştia au ocazia de a vedea cum se exprimă emoţiile, cum să facă faţă emoţiilor, dar şi cum propriile manifestări emoţionale îi afectează

pe ceilalţi. Toate aceste experienţe sunt importante în vederea adaptării sociale şi a sănătăţii mentale.

Dezvoltarea competenţei emoţionale este strâns legată de dezvoltarea competenţei sociale.

Cercetarea psihopedagogică inițiată are drept scop adaptabilitatea din ce în ce mai dificilă a copilului la mediul școlar.

Adaptarea se referă la transformările pe care organismul le realizează în funcţie de cerinţele mediului cu scopul dobândirii echilibrului (Piaget, 1965). Aşa cum organismul recurge la permanente schimburi cu mediul înconjurător, pentru a rămâne în acord cu acesta şi pentru a menţine echilibrul cu mediul său interior, tot aşa sistemul psihic uman nu-şi poate asigura unitatea internă şi armonia cu exteriorul decât dacă dovedeşte plasticitate comportamentală.

Aceasta se referă la:

- modificare a comportamentului persoanei în funcţie de cerinţele mediului socio-cultural
- transformare a condiţiilor de mediu în funcţie de scopurile şi aspiraţiile individuale ale persoanei.

Aceste două moduri de acţiune, interdependente, se combină fără încetare pentru a menţine starea de echilibru la un nivel cât mai stabil.

Copilul inadaptat este cel al cărui comportament, indiferent de cauză, îl împiedică să beneficieze de experienţele educaţionale şi sociale obişnuite, atât în şcoală, cât şi acasă. Orice conduită de devianţă şcolară presupune implicit o formă de inadaptare. Indicatorul predictiv cel mai puternic al adaptării şcolare este succesul şcolar. Există însă elevi cu rezultate şcolare foarte bune, dar care manifestă conduite deviante.

Adaptarea eficientă a copiilor la cerințele din ce în ce mai complexe ale mediului sunt asigurate de dezvoltarea optimă a competențelor emoționale și sociale.

Dintr-un alt punct de vedere, adaptarea şcolară este doar o etapă în demersul social de adaptare individuală în care copilul este integrat în comunitate prin parcurgerea procesului educaţie familială – educaţie preşcolară – educaţie şcolară – educaţie socială. Prin urmare, adaptare înseamnă aderare de natură psiho-socială la nivel de microgrup social (Coașan și Vasilescu, 1988).

Motivul pentru care ar trebui să acordăm atenţie în special acestui domeniu de dezvoltare a copilului este fundamentat pe faptul că factorul emoţional este definitoriu în adaptarea copilului în şcoală. Un copil poate fi pregătit din punct de vedere cognitiv pentru mica şcolaritate, poate fi dezvoltat normal din punct de vedere fizic dar să nu fie suficient de matur din punct de vedere social şi emoţional. În România, copilul care nu a împlinit şase ani până la 1 august, anul înscrierii în clasa pregătitoare, va fi testat psihologic. Specialiştii ne informează asupra faptului că în timpul interviului care îi este luat copilului se ating în procent destul de mic cunoştinţele. Este evaluată capacitatea copilului de a face faţă micii şcolarităţi din punct de vedere socio-emoţional: uşurinţa şi calitatea relaţionării cu covârstnicii şi cu adulţii.

Clasa pregătitoare reprezintă etapa care face trecerea de la grădiniţă la şcoală. Prin această tranziţie au loc schimbări importante, unele care sunt caracteristice trecerii de la grădiniţă la şcoală în general (schimbări generale), iar altele care sunt proprii acestei etape (schimbări specifice) (L.E.N. 2011).

Schimbările generale se referă la:

- mediul fizic (locaţia, sala de clasă)
- programul copilului – durata activităţilor, perioada de timp în care copilul este la şcoală
- programa (în general asemănătoare cu programa utilizată anterior în grupele pregătitoare de la grădiniţe)

- persoana responsabilă cu realizarea activităţilor din clasa pregătitoare (învăţătorul / învăţătoarea)
- colegii copilului
- reguli mai stricte

Schimbările specifice au în vedere:

- activităţi care au ca rezultat dezvoltarea aptitudinilor şcolare (prerechizitele scris-cititului, coordonarea ochi-mână, comportament adecvat în situaţii cum ar fi activităţile în echipă, activităţile structurate impuse etc.)
- posibilitatea de a identifica probleme de comportament sau dificultăţi de învăţare, fără ca acest lucru să afecteze negativ adaptarea copilului la şcoală. În cazul în care sunt idenficate astfel de probleme, copilul poate fi îndrumat înspre asistenţa de specialitate.

Copilul trebuie să se adapteze la aceste particularități sociale, diferite de cele din mediul grădinițelor, și care reprezintă un punct de cotitură în dezvoltarea lui.

Bazele dezvoltării cognitive, sociale și emoționale a copilului sunt stabilite de mediul familial. Importanţa mediului familial în dezvoltarea personalităţii copilului este susținută de numeroase studii de specialitate, fiind evidenţiate atât influențele pozitive cât și cele negative pe care atmosfera familială le poate imprima devenirii copilului, în funcţie de calitatea acesteia.

Fiecare părinte încearcă să facă tot ce-i stă în putință pentru a-și educa cât mai bine și cât mai corect copilul, dar acest „tot” semnifică pentru fiecare părinte altceva. Darling (1993) defineşte stilul parental ca o constelaţie de atitudini şi practici parentale care sunt transmise copilului şi care creează un climat emotiv în cadrul căruia sunt exprimate comportamentele parentale. Stilul parental are rolul de a delimita diferențele dintre modurile de educare a copiilor. Cu toate că părinții au moduri diferite de a-și controla copiii sau de a socializa cu aceștia, scopul fundamental al acestora este de a influența, învăța și controla copiii, de a le transmite propriile valori.

În realizarea acestui demers investigativ am urmărit analiza influenței pe care o manifestă stilul parental în dezvoltarea competențelor sociale și emoționale.

În perioada de debut școlar familia are datoria să fie aproape de copil, să-l încurajeze, să-l ajute și să păstreze o strânsă colaborare cu școala și învățătorul.

Cele mai bune situații sunt cele ale familiilor cu atitudine clară, caldă, atenție la autonomie, control echilibrat.

Atitudinile diferite și mai ales dizarmoniile dintre părinți provoacă comportamente false, dedublări în poziția de sine, de părinți față de școală. Mediul ambiant din familie are profunde implicații în modul de a se comporta al elevului, de aceea sunt necesare atitudini și exigențe unitare față de comportamentul școlarului, formate acele conduite de disciplină și muncă ordonată.

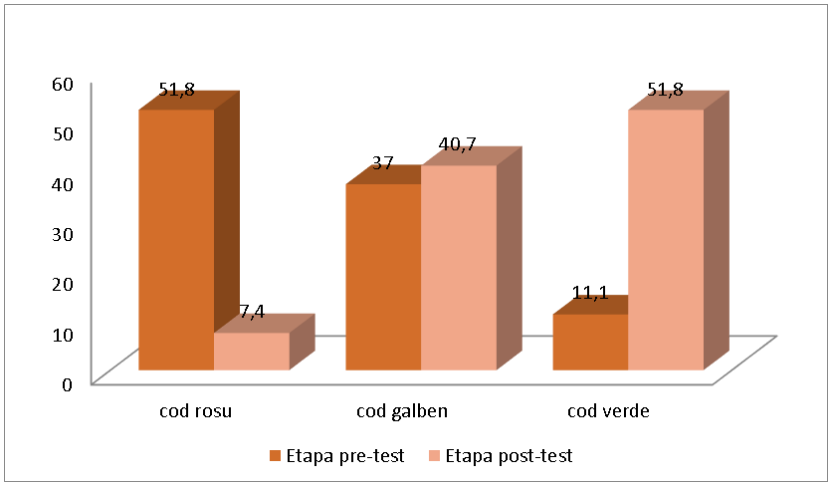
Abilităţile sociale şi emoţionale sunt factori importanţi pentru adaptarea la viaţa şcolară şi pentru integrarea socială a copilului pentru tot restul vieţii (Mihai A, 2010). Dezvoltarea emoţională se referă la capacitatea copiilor de a-şi percepe şi exprima emoţiile, de a înţelege şi răspunde emoţiilor celorlalţi, precum şi dezvoltarea conceptului de sine, deosebit de important pentru evoluţia ulterioară a acestuia. Competenţa socială este abilitatea cu care copilul atinge diferite ţinte personale în interacţiunea cu colegii şi capacitatea de a menţine relaţii pozitive cu aceştia.Toate aceste interacţiuni stabilite în perioada şcolară oferă un sens stării lor de bine, determinându-i să participe pozitiv în activităţile zilnice, câştigându-şi încrederea în forţele proprii şi abilitatea de a funcţiona ca un membru al unui grup.

Familia, ca şi clasa de elevi, trebuie să asigure un mediu în care copilul se simte în siguranţă, încurajat, stimulat şi apreciat, “învăţarea trebuie să se desfăşoare în condiţii de confort psihic”.

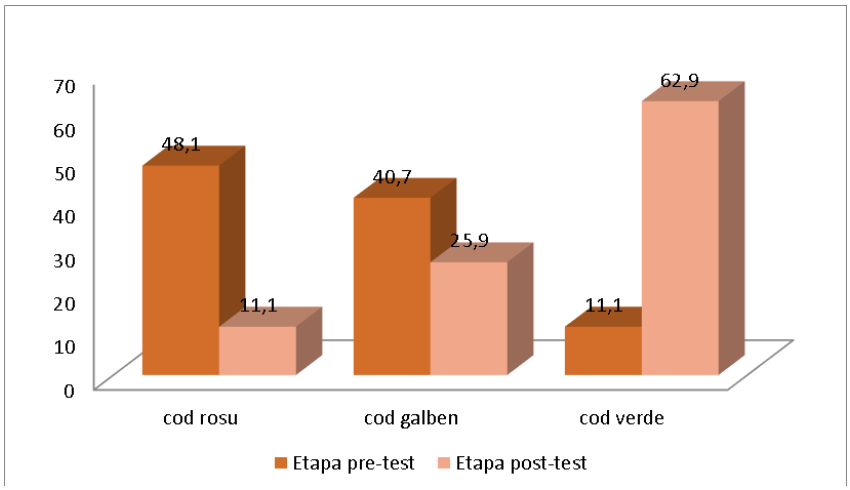
Această cercetare îşi propune să investigheze efectele benefice ale educaţiei socio-emoţionale la şcolarii mici şi găsirea unor modalităţi optime de dezvoltare a competenţelor socio emoţionale şi anume jocurile de dezvoltare socio-emoțională și poveștile terapeutice.

Cercetarea s-a realizat la Școala Gimnazială "Avram Iancu" Dej, la două clase pregătitoare în perioada februarie 2018 – iunie 2018. Pe parcursul celui de-al doilea semestru al anului şcolar (2017-2018) am aplicat un program suplimentar de pregatire psihopedagogică continând un număr de 15 activităţi de dezvoltare socio-emoţională. În cadrul acestei etape s-a efectuat evaluarea nivelului de dezvoltare a competenţelor sociale și emoţionale ale şcolarilor din cele două eşantioane, cu ajutorul *Platformei de evaluare a dezvoltării* PED[a] *– forma a (3-6/7 ani)* .

Graficul nr. 1 reprezentând rezultatele obţinute de şcolarii din clasa pregătitoare la screening-ul de dezvoltare socială în cele două etape



Grafic nr. 2 reprezentând rezultatele obţinute de şcolarii din clasa pregătitoare la screening-ul de dezvoltare emoţională în cele două etape



Astfel, eficienţa implementării unui program educaţional bazat pe lecturarea poveştilor şi povestirilor cu rol educativ şi utilizarea jocului în activităţile didactice în dezvoltarea socio-emoţională a copiilor, este demonstrată de rezultatele obţinute de către copii la testele aplicate pe parcursul experimentului, rezultate care dovedesc îmbunătăţirea competenţelor socio-emoţionale. Ele se concretizează în progresele înregistrate de copii în direcția sociabilității, a capacității relaționale, a independenței afective.

Pentru verificarea ipotezei, prelucrarea rezultatelor cercetării s-a realizat prin intermediul programului statistic **SPSS 13**. În prelucrarea rezultatelor s-a utilizat şi **testul t** pentru eşantioane independente.

În urma implementării activităţilor de dezvoltare socio-emoţională, s-au înregistrat diferenţe care sunt uşor semnificative statistic, în ceea ce privesc variabilele: competenţa emoţională și competența socială, scorurile obţinute în postintervenţie demonstrând eficienţa acesteia atât pe palierul de prevenţie, cât şi pe palierul de ameliorare, prin reducerea comportamentelor de risc la şcolarii din cadrul eşantionului experimental. Rezultatele cercetării atestă faptul că există o legătură între dezvoltarea competenţele socio-emoţionale şi activitățile de dezvoltare socio-emoțională, ipoteză bazată pe literatura de specialitate şi verificată în cadrul acestui studiu.

Numărul de copii care au dobândit competenţe sociale și emoţionale a crescut şi a scăzut numărul de copii cu comportamente de risc, fapt care certifică eficienţa metodei alese.

Chiar dacă majoritatea copiilor au obţinut un scor care să certifice că au dobândit competenţe sociale și emoţionale, numai testări repetate şi în condiţii în care nu se mai foloseşte jocul și poveștile ca stimul, pot să certifice că competenţa emoţională dobândită este însuşită pe deplin, este asumată şi devine parte din comportamentul copilului, manifestându-şi-o atât la școală, acasă, cât şi în societate în general.

Dezvoltarea socio-emoţională a copiilor este un factor extrem de important în succesul adaptării copilului la mediul şcolar.

BIBLIOGRAFIE:

Albu E., (2007*) Psihologia vârstelor*, Universitatea Petru Maior Târgu Mureș.

Bonchiș, (2009), *Cunoașterea psihologică a copilului – premisă a adaptării școlare,* Editura Polirom.

Boncu, Ș., Dafinoiu I., (2014) *Psihologie socială și clinică*, Editura Polirom

Botiş, A.& Tărău, A. (2004). *Disciplinarea pozitivă.* Ed. ASCR, Cluj-Napoca.

Botiş Adina .,Mihalca Lorena ., *Dezvoltarea abilităţilor emoţionale şi sociale ale copiilor, fete şi băieţi,cu vârsta până la 7 ani. Ghid pentru cadrele didactice din învăţământul preşcolar,* UNICEF 2007.

Coaşan, Aurelia Vasilescu, Anton (1988) *Adaptarea şcolară*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Cosmovici Andrei, Luminiţa Iacob, (1999) *Psihologie şcolară*, Editura Polirom, Iaşi.

Denham, S., (2006). *Social-emotional competence as support for school readiness: what is it and howdo we assess it? Early Education and development,* 17(1), 57-89.

Ghid de bune practici pentru Educaţia Timpurie a copiilor de la 3 la 6/7 ani, 2008, p.27.

Goleman, D., (2001) *Inteligenţa emoţională,* Editura Curtea Veche, Bucureşti.

Legea Educaţiei Nationale, 2011.

Massari, G. A., & Vasilescu, A. E. (2016). *The Need of Educational Counselling in the Early Childhood. Education to Optimize the School Adaptation Process.* In O. Clipa & C. F. Domunco, (eds.), Studies and Current. Trends in Science of Education (pp. 41-55). Iasi, Romania: Editura LUMEN.

M.E.C., (2008), Curriculum pentru educația timpurie acopiilor cu vârsta cuprinsă între naștere și 6/7 ani;

Ştefan C., Kallay, E. (2010) *Dezvoltarea competenţelor emoţionale şi sociale la preşcolari - Ghid practic pentru educatori*, Editura ASCR, Cluj-Napoca.

Thompson, R. A., Easterbrooks, M. A., & Padilla-Walker, L. M. (2003). *Social and emotional development in infancy.* In R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry (Eds.), Handbook of psychology: Developmental psychology, Vol. 6, pp. 91-112).

Vernon, A. (2006), *Dezvoltarea inteligenţei emoţionale-Educaţie raţional emotivă şi comportamentală,* Editura ASCR, Cluj-Napoca

Waters, V. (2003). *Poveşti raţionale pentru copii,* Ed. ASCR, Cluj-Napoca.
http://playfullearning.ro Gorea A, 2016
https://iteach.ro Proca, 2013

Afazia la copii

Panțiru Daciana, *Profesor logoped,CJRAE Cluj,*

Colegiul Național „George Coșbuc”, Cluj Napoca

Matei Ioana, *Profesor logoped,CJRAE Cluj,*

Școala Gimnazială „Traian Dârjan” , Cluj Napoca

Afazia dobândită la copii este, din fericire, foarte rară. Fiecare caz este un „experiment” și o sursă unică de informații pentru cei interesați de problemele și modul în care se dezvoltă și evoluează creierul.

Interesul asupra afaziei dobândite la copii a început acum un secol, cu operele lui Cotard (1868), Bernhardt (1885) și Freud (1897), în următorii ani acordându-se tot mai multă atenție cercetării afaziei la copii. Primii autori au fost surprinși de diferențele dintre cazurile clinice la copii și adulți, la copii fiind vorba despre afazie tranzitorie nonfluentă, cu o bună înțelegere verbală și prognosticul lor (considerat a fi excelent). Astfel de diferențe au fost atribuite organizării imature a creierului copilului și capacității emisferei drepte de a prelua limbajul, după deteriorarea emisferei stângi.

În anii 1960, interesul asupra acestui subiect a fost reînviat, în principal prin cercetările lui Basser (1962), Alajouanine și Lhermitte (1965), Lenneberg (1967) și mai târziu Hecaen (1976), care și-au publicat propriile lucrări despre copii cu afazie dobândită. Pentru prima dată copiii au fost evaluați prin teste neuropsihologice standardizate (evaluând nu numai limbajul, ci și funcțiile non verbale și inteligența). Seriile au fost studiate longitudinal, consecințele pe termen lung ale afaziei asupra dezvoltării cognitive și realizării școlare constituind o preocupare a specialiștilor.

Un moment major în cercetarea funcțiilor lingvistice și a localizării lor în creierul aflat în dezvoltare a fost stabilit de Woods și Teuber (1978) și mai târziu de Carter și colab. (1982). Acești autori în mod critic au revizuit toate rapoartele anterioare (în special în ceea ce privește selecția pacienților, etiologia, manevrabilitatea și unilateralitatea leziunii) și au cercetat ipoteza conform căreia dominanța emisferică nu mai era durabilă. Acest fapt s-a sincronizat cu dovezile provenite din alte surse, diverse studii de neuroanatomie și neurofiziologie.

În ultimii 10 ani noi metode și tehnici au îmbogățit în mod considerabil înțelegerea afaziei copilăriei. Tehnicile neuroimagistice au rezolvat parțial problema determinării localizării leziunilor, făcând posibile corelațiile clinico-patologice. Studiile neuropsihologice, psihometrice și neurolingvistice aduc o nouă înțelegere asupra proceselor cognitive la copii. De asemenea, au arătat că leziunile cerebrale precoce nu erau atât de reversibile pe cât se credea anterior. Comparația dintre cele două emisfere cerebrale, precum și leziunile emisferice timpurii versus cele tardive, de asemenea, au aprofundat înțelegerea organizării cerebrale și a plasticității acesteia în timpul copilăriei, precum și modelul de achiziție a limbajului, dar și lingvistica și abilitățile cognitive care stau la baza unei astfel de achiziții.

Pentru a analiza defectele de limbaj și de vorbire în urma unui leziuni cerebrale, trebuie să avem o paradigmă a normalității. În cazul copiilor, aceasta trebuie să descrie dezvoltarea limbajului normal în diferite etape.

În mod tradițional, achiziția limbajului a fost reprezentată pe o scară liniară de timp cu realizări secvențiale majore. Abilitățile cognitive și lingvistice care stau la baza performanțelor observabile erau necunoscute.

Asemănările și diferențele între copil și adult descriu în detaliu caracteristicile clinice ale afaziei dobândite, bazată pe observarea unui număr mare de cazuri. Din aceste rapoarte rezultă că afazia la copii este într-adevăr similară cu cea a adulților. Sunt descrise toate tipurile de afazie. Vorbirea poate fi fluentă, variind de la fluență normală la jargon. Semnele „pozitive" nu sunt neobișnuite, și anume parafrazii, neologisme, perseverențe, palilalia și anosognozie pentru defectele de vorbire.

Există, totuși, unele caracteristici în afazia copiilor, care ies în evidență în contrast cu cele obișnuite la adulți. Așa este cazul, de exemplu, pentru mutism și tipuri de vorbire non-fluente și pentru tulburări de înțelegere, întâlnite mai ales la cei foarte tineri.

Toți autorii par să fie de acord că prognosticul afaziei este mai bun la copii decât la adulți. La un an de la debut, 50% dintre copii s-au recuperat complet. În plus, toți concluzionează că există mulți factori care influențează prognosticul. Astfel de factori sunt etiologia, leziunea, dimensiunea, locul și bilateralitatea acesteia, natura simptomelor afazice, precum și vârsta copilului.

Pe de altă parte, dacă ne uităm la detalii specifice, cum ar fi influența fiecăruia dintre acești factori în prognostic, concluziile sunt divergente. Astfel de rezultate nu sunt surprinzătoare, dacă ne dăm seama că avem de-a face cu o entitate rară. Menționăm câteva exemple:

a) momentul urmăririi nu este întotdeauna identic (deoarece acești copii pot continua să-și revină după mult timp, acest fapt ar putea explica rezultatele diferite);

b) unele serii includ copii cu tulburări progresive sau fluctuații, care compromit prognosticul;

c) unele dintre etiologiile incluse sunt capabile să provoace daune difuze sau bilaterale, care pot interfera cu posibile mecanisme de recuperare.

Deoarece există o diferență generală în prognosticul afaziei la adulți și copii, s-ar putea aștepta în mod logic să se găsească un factor de recuperare legat de vârstă. Studiile asupra afaziei dobândite nu au dat până acum un răspuns clar la această întrebare.

Stabilirea unei legături între locul leziunii și prognostic a fost posibil doar recent, datorită noilor tehnici de imagistică. Acest lucru, la rândul său, dă naștere la noi întrebări teoretice și, sperăm, la noi programe de cercetare.

Leziunile bilaterale / severe tind să aibă cele mai grave consecințe. Acest fapt ridică astfel problema contribuției emisferei drepte la procesul de recuperare.

Zonele lingvistice posterioare ale emisferei stângi (Zona Wernicke) trebuie să fie neafectate, pentru ca recuperarea să aibă loc.

Prognosticul afaziei este dificil de a fi prezis, având în vedere gama largă de variabilitate a afecțiunii. În general, persoanele mai tinere sau cu leziuni cerebrale mai puțin extinse se descurcă mai bine.

Localizarea leziunii este, de asemenea, importantă și este un alt indiciu pentru prognostic. În general, oamenii tind să-și recupereze abilitățile de înțelegere a limbii mai rapid decât acele abilități care implică exprimarea.

Deteriorarea creierului poate apărea în următoarele situații: accident vascular cerebral, traumatisme la nivelul capului / creierului, tumori cerebrale, hemoragie cerebrală, convulsii, boli neurologice, infecții care afectează creierul (de ex. meningita), condiții care determină pierderea celulelor din creier (de ex. demenţa).

Simptomele care apar la copiii cu afazie variază în funcție de tipul de afazie și de gravitatea leziunilor creierului. Dacă afazia este rezultatul unui traumatism cerebral sau accident vascular cerebral, simptomele pot apărea imediat după incident. Dacă afazia este rezultatul unei afecțiuni progresive, simptomele pot apărea în timp și se pot deteriora/agrava treptat. Este posibil ca majoritatea copiilor cu afazie să nu fie întotdeauna conștienți de dificultățile cu care se confruntă.

Simptomele includ:

a) dificultatea de a înțelege propoziții lungi sau complicate, atât rostite, cât și scrise;

b) dificultăți în respectarea instrucțiunilor, atât scrise, cât și orale;
c) dificultate în înțelegerea semnificațiilor cuvintelor;
d) dificultăți ale memoriei de scurtă durată;
e) dificultăți în exprimarea gândurilor, ritm lent de vorbire, vorbirea ezitantă;
f) dificultăți de găsire a cuvintelor, vorbire simplă, limitată la fraze scurte;
g) dificultăți gramaticale;
h) dificultăți ortografice;
i) dificultăți de reluare/ ”rechemare” a informațiilor.

Afazia poate avea un efect deosebit asupra vieții unui copil și a familiei ; astfel poate face ca sarcinile simple, de zi cu zi, acasă și la școală să fie foarte dificile pentru un copil; poate reduce nivelul de independență pe care îl are un copil, ceea ce poate provoca frustrare. Unele dificultăți cu care un copil se poate confrunta zilnic includ: înțelegerea a ceea ce spun alții, accesarea programului școlar și a activităților extracurriculare, exprimarea gândurilor și a sentimentelor într-un mod care să fie înțeles de alții, probleme de comportament datorate lipsei de înțelegere sau capacității de exprimare.

Terapia vorbirii și a limbajului are un impact pozitiv asupra calității vieții unui copil care are afazie, ajutând la reducerea dificultăților cu care se confruntă copilul și îmbunătățirea comunicării cu anturajul

Bibliografie

https://www.childneurologyfoundation.org/

Alajouanine, TH. and Lhermitte, F., (1965), *Acquired Aphasia in Children*. Brain.

Aram, D.M. and Ekelman, B.L., (1988), *Scholastic Aptitude and Achievement among Children with Unilateral Brain Lesions. Neuropsychologia*.

Basser, L.S., (1962), *Hemiplegia of early onset and the faculty of speech with special reference to the effects of hemispherectomy*. Brain.

Bernhardt, M., (1885), *Urber die spastiche cerebral paralyse im Kindesalter, Nebst einem Excurse uber: "Aphasie bei Kindern". Archiv fur Pathologische Anatomie und Physiologie und fur Klinische Medicin*.

Carter, R.L., Hohenegger, M.K. and Satz, P., (1982), *Aphasia and Speech Organization in children*. Science.

Cotard, J., (1868), *Etude sur I' atrophie partielle du cerveau,* Paris, These.

Cranberg, L. D., Filley, C. M., Hart, E. J. and Alexander, M. P. Acquired, (1987), *Aphasia in childhood: clinical and CT investigations. Neurology*.

Ferro, J. M. and Crespo, M., (1988), Young Adult Stroke: *Neuropsychological Dysfunction and Recovery*. Stroke.

Freud, S., (1968), *Infantile cerebral paralysis*, Translated by L.A. Russin) Coral Gables: University of Miami Press (Original published, 1897).

Lenneberg, E., (1967), *Biological Foundations of Language*. New York, John Wiley.

Povești sociale/ terapeutice - utilizarea lorca tehnică complementară în terapia logopedică

Prodea Gabriela, *Profesor logoped,CJRAE Cluj,*

Școala Gimnazială "Liviu Rebreanu", Cluj-Napoca

Poveștile sociale au fost introduse și descrise mai întâi de Carol Gray ca o strategie de intervenție pentru a preda interacțiuni sociale adecvate prin elementele unei povești simple. Poveștile sociale descriu conceptele și abilitățile sociale într-un mod ușor pas cu pas. Au fost inițial dezvoltate pentru copiii cu autism, dar pot fi benefice pentru orice copil cu tulburări pragmatice și de limbaj.

Carol Gray, formator în domeniul tulburărilor din spectrul autist din Jenison, Michigan, SUA şi autor recunoscut internaţional a definit termenul de poveşti terapeutice („social stories") pentru prima oară în anul 1991 astfel:

„O poveste terapeutică („social story") este o poveste scurtă care descrie o situaţie, deprindere sau concept în termeni sociali relevanţi."(www.thegraycenter.org)

Scopul poveştilor terapeutice este de a oferi informaţii într-un mod cât mai accesibil posibil, de oferi informaţii corecte şi specifice referitoare la ceea ce se întâmplă într-o situaţie şi de ce. (Carol Gray, Social Stories and Comic Strip Conversations, Social Stories Unlimited TM, 1997)

Trebuie subliniat faptul că, prin intermediul acestei tehnici terapeutice nu se urmăreşte schimbarea/modificarea comportamentului ci îmbunătăţirea înţelegerii diverselor situaţii sociale şi oferirea de răspunsuri cât mai corecte.

Poveștile sociale pot fi o strategie *proactivă* sau *reactivă.* Implementarea poveștilor sociale ca măsură proactivă presupune prezentarea poveștii înainte de un eveniment sau situație socială viitoare care pregătește subiectul, fie pentru schimbarea rutinei sau unor reguli de joc viitoare sau poate oferi exemple despre modalități politicoase adecvate. Ele pot fi, de asemenea, utilizate pentru măsuri reactive, în special pentru comportamente negative. De exemplu, dacă un copil prezintă frecvent un comportament indezirabil, o poveste socială poate explica de ce acest comportament nu este adecvat oferind în același timp comportamente noi, pozitive. Acestea nu ar trebui să fie singura sursă de intervenție, în special pentru comportamentele negative. Poveștile sociale pot oferi copilului alternative pozitive pentru comportamentele negative într-un mod direct și simplu. După ce subiectului i-au fost prezentate informațiile din poveste, terapeuții, profesorii și / sau îngrijitorii pot ajuta copilul să-și dezvolte abilitățile comportamentale adecvate.

De ce sunt benefice poveștile sociale?

- Poveștile sociale beneficiază copiii în mai multe moduri, inclusiv:
- Promovarea abilităților de autoreglare. Capacitatea unui copil de a-și gestiona emoțiile și comportamentul este legată de performanțe academice mai puternice, mai puține dificultăți de comportament și o rezistență mai mare.
- Dezvoltarea teoriei minții. Copiii sunt învățați să ia punctul de vedere al personajelor.
- Abilități social-emoționale îmbunătățite. Vorbind în mod explicit despre modul în care emoțiile altora pot ajuta copiii să înțeleagă mai bine modul în care acțiunile lor îi afectează pe ceilalți.
- Explicațiile simple cu suport imagistic pot îmbunătăți cooperarea copilului pentru realizarea unei sarcini.
- Expunerea la alfabetizare. Conectarea dintre evenimentele din viața reală și poveștile scrise poate îmbunătățiab ilitățile lingvistice narative ale unui copil .

- Secvențierea simplă. Văzând scene ilustrate în ordine și auzind cuvinte precum „primul”, „următorul” și „ultimul”, îi ajută pe copii să învețe să secvențeze evenimentele.

POVEȘTILE TERAPEUTICE

De-a lungul timpului, povestea terapeutică s-a dovedit a fi un instrument eficient de comunicare relațională întrucât asigură ascultătorului baza de identificare (cu personajul principal și cu problema vizată), fără a-l expune direct. Această caracteristică a poveștii terapeutice generează consecințe directe, resimțite în planul rezistențelor, al mecanismelor de apărare ale ascultătorului, în sensul atenuării semnificative a acestora. Identificarea nu este „stabilită de la bun început”, subiectul „poate înțelege povestea în felul său și se poate reflecta în ea în felul său personal“ (Peseschkian, 2007, p. 200), însă rămâne procesul esențial în demersul folosirii poveștii terapeutice deoarece în lipsa identificării, producerea unei modificări la nivelul percepției, emoțiilor, respectiv comportamentelor ascultătorului, este practic imposibilă.

O altă caracteristică a poveștii terapeutice constă în faptul că recurge la *metaforă* în scopul transmiterii unor informații relevante cu privire la lumea interioară a ascultătorului, acest lucru fiind posibil întrucât selectarea poveștii se face în urma stabilirii situației concrete pe care subiectul o trăiește. Mesajul poveștii este, de asemenea, receptat prin intermediul gândirii metaforice; acesta va fi dedus de către ascultător, și nu impus sau sugerat din exterior, rolul metaforei fiind cel de *„ancoră emoțională pentru înțelegerea și conștientizarea resurselor proprii”* (Filipoi, 2012, p.18) cu care subiectul poate depăși o situație. Fiind o concentrare de simboluri, povestea terapeutică facilitează cu ușurință accesul la inconștient, aducând la suprafață nu numai emoții și sentimente „nedigerate” (frici, dorințe, nevoi neîmplinite, culpabilități, obsesii) blocate în inconștient, ci și soluțiile pe care acesta din urmă le deține pentru situațiile conflictuale ale ascultătorului.

Sempronia Filipoi (2012) aduce în discuție câteva funcții esențiale ale poveștii terapeutice, și anume:

- <u>Funcția de oglindă</u> – se referă la faptul că în poveste sunt reflectate nevoi, dorințe, conflicte ale ascultătorului; această oglindire permite subiectului să se distanțeze de conflict și de experimentarea acestuia în viața reală. Rezistența sa fiind minimă, este mai înclinat să accepte că există soluții pentru problema cu care se confruntă.
- <u>Funcția de model</u> – poveștile abordează diferite situații conflictuale și prezintă moduri posibile prin care acestea pot fi soluționate, drept urmare am putea afirma că susțin învățarea prin intermediul unui model, fără a-l încărca însă cu rigiditatate sau a-l impune ca fiind unicul răspuns la căutările ascultătorului. Dimpotrivă, metafora (căreia îi sunt adăugate sensurile proprii ale subiectului) îi permite acestuia să interpreteze soluția și să o adapteze structurii sale interne.
- <u>Funcția de mediator</u> (sau funcția de filtru – Peseschkian, 2007) subliniază faptul că povestea terapeutică este resimțită de către subiect ca fiind un spațiu securizant, în care identitatea sa este protejată, întrucât eroul poveștii este cel care se confruntă cu situația conflictuală, nu el însuși. Așadar, prin poveste i se pot comunica subiectului anumite aspecte sensibile, pe care acesta puțin probabil că le-ar accepta dacă i-ar fi comunicate în mod direct. De asemenea, prezența acestui filtru îi oferă subiectului posibilitatea de a purta discuții libere pe marginea poveștii, în cadrul acestora conturându-se date relevante despre subiect, dificil de obținut prin alte modalități.
- La acestea se adaugă, de asemenea, <u>funcția de resemnificare</u> (adresându-se direct inconștientului, poveștile terapeutice aduc la suprafață semnificații noi și prin urmare, oferă subiectului posibilitatea de a se raporta diferit la conflictele sale interioare) și cea *regresivă* – se referă la regresia într-un timp interior, dar și în perioada copilăriei. (Dafinoiu, 2000).

Scopul folosirii poveștii terapeutice constă, într-o primă etapă, în dezvoltarea unei atitudini noi a subiectului față de problematica sa, acest lucru fiind realizabil tocmai prin suportul intuitiv pe care povestea îl oferă în descoperirea de sine, respectiv în restructurarea gândurilor/ convingerilor personale. Rolul ei nu se oprește însă aici – introducând elemente care trezesc și hrănesc imaginația subiectului, povestea lărgește spațiul interior al acestuia, făcând posibilă deschiderea spre conturarea propriilor idei/soluții. Efectele poveștilor terapeutice se înscriu așadar în sfere multiple, interconectate, pornind de la creșterea capacității de identificare / exprimare a emoțiilor la dezvoltarea și îmbunătățirea imaginii de sine sau amplificarea empatiei până la dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor.

Terapia logopedică este un proces complex care se desfășoară în etape. În privința metodelor de corectare, literatura de specialitate și practica dovedește că nu se pot aplica metode general valabile în toate tulburările și cazurile. Terapia este strict individualizată" (Ecaterina Vrășmaș/ Cornelia Stănică "Terapia tulburărilor de limbaj" -1997).

Metoda de bază în terapia logopedică este imitația, dar cu toate că la baza ei stă reflexul imitației care este cel mai simplu mecanism, ea nu este suficientă și eficientă în toate cazurile deoarece implică o atenție sporită, interes, colaborare și înțelegerea scopului activității, ori copiii de vârstă preșcolară au o atenție labilă cu o putere de concentrare minimă, sunt refractari la început, nu sunt dispuși să depună efort susținut și se plictisesc repede. Metoda imitației trebuie susținută de o serie de alte metode și procedee complementare menite să acționeze nu numai asupra vorbirii ci și asupra întregii personalități, să-i educe conștiința, să-i îmbogățească cunoștințele să contribuie la dezvoltarea întregii activități intelectuale.

Experiența ca profesor logoped a dus la dezvoltarea capacității de a lucra flexibil, într-o permanentă deschidere spre nou și modern. Munca zi de zi alături de copii a dezvăluit noi aspecte ale cunoașterii acestora și ale eficientizării intervenției în tulburările de limbaj. Copiii sunt curioși, spontani concreți în gândire. Ei sunt nerăbdători să aibă acces cognitiv la lumea fascinantă care-i înconjoară. Utilizarea strategiilor de dezvoltarea și corectare a limbajului copiilor bazate pe exerciții joc, povești logopedice, basme terapeutice, punere în rol, în activitățile de terapie a tulburărilor de limbaj determină o dezvoltare a întregii activități intelectuale și a personalității copilului.

De asemenea, în activitatea de terapie a limbajului, pentru logoped de multe ori mai importantă decât informaţia este nonverbalul (tonul vocii, mimica, gestica, starea de relaxare şi empatie) şi paraverbalul (tonul vocii, pronunţia, intensitatea vocii, debitul, pauzele). Randamentul comunicării cu copilul aflat în terapie nu se reduce doar la formule verbale , ci la formarea de atitudini pozitive faţă de sine şi faţă de ceilalţi.

Cum ajută aceste povești terapeutice copiii:

- *sunt interactive* – copiii pot interveni, pot pune întrebări, își pot imagina continuarea;
- *sunt educaționale* – copii se identifică cu personajul/personajele poveștii și problemele pe care le au acestea, stimulează atentia și astfel învață foarte ușor, prind curaj, devin mai putin rezistenți la schimbarea care ar putea să se producă în interiorul lor;
- *imaginația și creativitatea* sunt extrem de stimulate;
- *copiii se simt încurajați să ia decizii* singuri, precum personajele de poveste;
- *copiii învață să rezolve singuri diferite probleme*, să vadă un lucru în lumini diferite și să îi dea interpretări diferite;
- *copiii reușesc să facă față emoțiilor* pe care nu le pot înțelege altfel;
- *le dau speranța*, căci înțeleg că și alte persoane/personaje au trecut sau se confruntă cu situații similare cu ale lor.

Asocierea între terapia logopedică şi povestea terapeutică s-a dovedit a fi o abordare foarte eficientă, deoarece reuşeşte să diminueze sau să înlăture tulburările de pronunţie, să

motiveze copiii pentru schimbare, să determine acceptarea unui sprijin exterior pentru îmbunătăţirea vorbirii, să reducă agresivitatea sau timiditatea ca urmare a dificultăţilor de comunicare, să determine creşterea încrederii copiilor în propriile forţe, să transmită valori morale copiilor.

Povestea terapeutică devine astfel un instrument din ce în ce mai frecvent utilizat atât în consilierea psihologică cât și în activitatea de terapie logopedică a copiilor. Este o naraţiune care prezintă problemele cu care se confruntă anumite personaje şi modul în care acestea au reuşit să le rezolve. Problemele personajelor din poveste sunt asemănătoare cu cele ale copilului/copiilor. Pe măsură ce este citită și ascultată povestea, copiii se pot identifica cu personajul principal/personajele acţiunii, să observe că şi alţii au întâmpinat aceleaşi dificultăţi şi astfel sunt învățați cum să-şi rezolve problemele care îi preocupă fără a se simţi ruşinați sau inconfortabili.

În funcție de obiectivul urmărit poveștile terapeutice pot fi folosite de către terapeut atât în etapa inițială, pregătitoare a activității de terapie logopedică/ consiliere psihologice cât și pe parcursul ei.

În demersul folosirii poveștii terapeutice, se va ține cont de respectarea anumitor cerințe legate de: particularitățile de vârstă și de dezvoltare ale subiectului; selectarea poveștilor (centrată pe relevanța conținutului pentru subiect); crearea mediului în care se va desfășura activitatea etc. Este important faptul că povestea terapeutică nu se explică, în cazul în care se încearcă o traducere a acesteia, fiind practic anulat tot procesul prin care subiectul ar avea posibilitatea de a descoperi propriile sensuri. Adesea este avansată ideea potrivit căreia există o relație de echivalență între explicarea mesajului poveștii și discuții pe marginea acesteia.

În cazul în care subiectul dorește să vorbească totuși despre poveste, nu îi va fi ignorată această nevoie, ce poate fi înțeleasă și ca o oportunitate prin care subiectul manifestă deschidere pentru relatarea propriei experiențe în receptarea poveștii. Dacă întrebările sale sunt însă legate de semnificația mesajului poveștii, se recomandă ca răspunsurile să fie de genul: „*Care este părerea ta?”/„Tu ce crezi despre asta?”,* tocmai pentru a nu-i distorsiona percepțiile inițiale. Discuțiile pe baza poveștii nu vor analiza copilul, ci personajul implicat în poveste, ce simte acesta şi situaţiile cu care acesta se confruntă.

Poveştile se recomandă să fie citite mai întâi de terapeut, după care să fie repovestite împreună cu copilul, folosind ca suport ilustraţiile. Se va folosi un ton cald, un ritm lent şi expresiv al vorbirii. Este important să se folosească din abudenţă expresiile emoţionale corespunzătoare ritmului narativ, pentru o captare mai bună a atenţiei copilului.

Multe povești terapeutice despre o varietate de subiecte pot fi descărcate gratuit online, site-uri web precum „And Next Comes L” oferă resurse cu povești sociale și terapeutice diverse. De asemenea, povești terapeutice pot fi create de terapeuți, acest lucru permițând o personalizare a poveștii pentru a se potrivi unui anumit eveniment sau abilitate socială cu care copilul se confruntă. Aplicații precum „Social Story Creator & Library” poate ajuta la crearea unei povești.De asemenea apar pe piață din ce în ce mai multe cărți cu povești terapeutice care se adresează consilierilor școlari, logopezilor dar și părinților care doresc să intervină eficient în corectarea diferitelor forme de tulburări de vorbire, tulburări emoționale și comportamentale ale copiilor.

Cum să construim o poveste terapeutică?

1. Găsim un personaj– putem alege un personaj pe care copilul îl place, spre exemplu un supererou, sau un animal, sau tocmai un personaj care să puna în evidență aspectul pe care vrem să-l abordam în poveste.
2. Identificăm problema cu care se confruntă personajul – care desigur are în vedere situația pe care copilul o întâmpină în viața reală.
3. Identificăm ajutoarele personajului – pot fi din registrul real, spre exemplu alte animale, sau prieteni, sau personaje din registrul fantastic.

4. Identificăm obstacolele– probele pe care le va depăși personajul
5. Găsim o soluție pentru personaj– "cineva" sau " ceva "care vine să-l ajute să ia decizia corectă, sau un mod în care personajul descoperă singur cum poate depăsi obstacolele.
6. Finalul – încheierea poveștii

Povestea terapeutică devine astfel o tehnică complementară ce are la bază un mod de comunicare fără complicaţii. Poveştile terapeutice pot fi implementate în diverse moduri: pot fi citite copiilor de un adult (terapeut, profesor sau chiar membru al familiei etc.) în diferite momente ale zilei/săptămânii, pot fi citite chiar de către copii, iar pentru cei care au dificultăţi la citit foarte utile sunt poveștile înregistrate pe casetele audio sau alte mijloace media.

Din experiența practică personală pot afirma că poveștile terapeutice pot fi utilizate cu succes în activitatea de intervenție logopedică și nu numai.

POVEȘTI TERAPEUTICE-RESURSE UTILE:

https://cjraecluj.ro>carticica-curcubeu
https://jucarii-vorbarate.ro
https://ursuletinazdravani.com/category/povesti-terapeutice/
https://ro.pinterest.com/catanastimea/povesti-terapeutice/
http://www.sapovestim.ro › pove537ti-terapeutice
https://povestilecristinei.ro

Bibliografie

Filipoi,S., (2021), *Basme terapeutice pentru copii, adolescenți și părinți*, Editura Asociația de Științe Cognitive din Romania, Cluj Napoca.

Hărdălău,L., Bejan;L.,(2011) *Vorbești prin povești*, Editura Treira, Oradea.

Pașca;M.D., (2004), *Povestea terapeutică*, Casa de Editură Mureș.Târgu Mureș.

www.educateautism.com/social-stories

https://lumierechild.com

https://www.speechtherapystore.com

https://therapyworks.com

Relația dintre actul grafic și psihomotricitate- suportul morfologic al actului grafic

Sorina-Dana Gavriș, *Profesor logoped, CJRAE Cluj,*

Liceul Teoretic,,Eugen Pora", Cluj Napoca

Mihai Cucu- *Universitatea ,,Dimitrie Cantemir'',*

Cluj-Napoca, Catedra de Educație Fizică și Sport- pensionar

Rezumat

În articolul de față prezentăm succint relația dintre psihomotricitate și actul grafic. Acestea fiind de nedespărțit, am relatat elementele componente ale psihomotricității, care fundamentează actul grafic. Cunoașterea, respectarea și utilizarea lor metodologică în cadrul lecțiilor de logopedie și kinetoterapie, de către profesorii specialiști ajută la recuperarea eficientă a copiilor cu cerințe educative speciale.Cuvinte cheie: psihomotricitatea, actul grafic, funcția simbolică, lateralitatea

În ontogeneză, limbajul are cea mai spectaculoasă evoluție dintre toate funcțiile psihice. Diferențele individuale sunt foarte pregnante și depind atât de structura sistemului nervos și a aparatului fono-articulator, cât și de condițiile socio-culturale (atmosfera lingvistică) în care trăiește copilul. Fără îndoială, limbajul (oral și scris) nu se dezvoltă izolat de celelalte funcții psihice, pentru că întreaga activitate psihică constituie ,,un tot" în cadrul interacțiunii individului cu mediul înconjurător. Limbajul ca funcție psihică prezintă două forme: oral și scris.

În ceea ce privește limbajul verbal, natura semnelor utilizate în comunicare, se deosebesc: limbajul oral (vorbirea și audierea) și limbajul scris, acesta din urmă incluzând scrierea și citirea.

Dintre toate formele limbajului, scrierea (scrisul) presupune o mai riguroasă organizare mentală și reglare conștientă a actelor motrico-kinestezico-vizual-auditive. De asemenea, implică și un efort voluntar susținut conștient, în raport cu gradul de formare a deprinderilor și a stereotipurilor dinamice.

Scrierea reprezintă o metodă de comunicare foarte importantă, care trebuie să preceadă cititul. (Montessori, citat de Vrășmaș, Stănică, 1997).

Scrisul este o activitate motorie fină, foarte complex și diferențiată, a cărei formare este laborioasă și de lungă durată. Dezvoltarea psihomotorie a copilului este fundamentul esențial al dezvoltării scrisului.

Se constată că în ortogeneza timpurie, evoluția verbală și grafică sunt corelate cu dezvoltarea motricității.

Picq și Vayer (1968), definesc psihomotricitatea ca ,,o acțiune pedagogică și psihologică, utilizând mijloacele educației fizice în scopul normalizării sau ameliorării comportamentului copilului."

1. Sistemul de reglare și control al actului grafic

Apreciind faptul că, scrisul constă în mișcări automatizate ale (membrului

superior, brațului, antebrațului, mâinii și degetelor), trebuie considerat ca o gesticulație specială, ca o mimică a mâinii de mare finețe și precizie. Când realizăm actul grafic, nu scriem doar cu mâna – considerată un instrument animat de un motor. Acest motor, combinație armonioasă de mușchi și nervi, este el însuși alimentat de o forță motrice, iar generatoarea acestei forțe este creierul nostru.

Sistemul nervos este capabil de realizarea unor imense game de mecanisme de reglare și control. Printre acestea se numără și sistemul de reglare și control al actului grafic, care vizează o repartiție adecvată a comenzilor corticale spre mușchii agoniști (flexori) și antagoniști ai membrului superior implicați în actul scrierii, cu scopul de a controla viteza, intensitatea, precizia și direcția mișcărilor voluntare. În cadrul acestui sistem prezentăm în continuare feedback-ul pentru actul grafic.

Feedbak-ul actului grafic

După Periot (citat de Athanasiu, 1996), motricitate se prezintă sub cele trei aspecte esențiale: acte reflexe, acte automate și acte voluntare, apoi regalrea mișcării și întreținerea tonică. Cele amintite mai sus se petrec întocmai și în realizarea actului grafic. Deoarece în realizarea actului grafic, stimulii sunt: vizuali, auditivi, kinestezici și tactili, receptorii vor fi de aceiași natură (vizuali, auditivi, motori și cutanați). De la acest nivel, informația se transmite cu ajutorul căilor ascendente (aferente): senzoriale (vizuale și auditive), senzitive cutanate (exterioceptive și proprioceptive), spre cortexul cerebral, ajungând atât pe căile senzoriale, la ariile senzoriale - vizuală (17,18, 19) și auditivă (41,42) – cât și pe căile senzitive la aria somestezică I (3,1,2) și ariile motorii (4,6,8), unde se realizează alături de aria de asociație reglarea și controlul informației (Papilian, 1982). De la acest nivel pe căile descendente (eferente) piramidale și etrapiramidale informația ajunge la cerebel, unde se realizează controlul mișcărilor. De aici răspunsul ajunge la efectori (mușchii striați și musculatura mâinii), Vor realiza actul grafic (figura 1). Uneori informația ajunge la efectori, dar ei nu sunt pregătiți pentru a o prelua și apar anumite tulburări ale actului grafic. Aceste tulburări ale actului grafic se pot ivi în urma altor perturbări la nivelul schemei feedback-ului. Cunoașterea acestui feedback este importantă pentru a corecta aspectele: ortografice, caligrafice, viteza scrierii, disortografiile și disgrafiile (omisiuni, substituiri, supraadăugiri de grafeme), din cadrul tulburărilor de scris - citit.

Lateralizarea

Lateralitatea este legată de funcția dominantă a unei emisfere cerebrale, funcție ce determină inegalitatea activităților jumătăților dreaptă și stângă ale corpului. Fenomenul de asimetrie senzorială și motrică este înnăscut și are la bază o anumită organizare funcțională a structurilor cerebrale. La dreptaci funcțiile limbajului sunt localizate în emisfera stângă, iar cele ale schemei corporale în emisfera dreaptă.Dominanța emisferei drepte va caracteriza gesturile motrice ale stângacilor, care pot fi educați să se folosească de mâna dreaptă în activitățile curente (scris, mânuirea unor dispozitive ș.a.). Lateralitatea se manifestă în mișcările brațelor, picioarelor, în utilizarea ochilor și se exporează prin probe simple, de observație sau prin teste psihomotrice (Epuran, 1976).

În structura motricității, lateralitatea introduce o specializare și o relație de complementaritate între segmentele corpului în timpul activității.

Până la 6-7 luni nu există o dominantă manuală, dar până la 4-5 ani apar fluctuații ale lateralității. La această vârstă jumătate din copii sunt dreptaci, 10 % sunt stângaci și 40% sunt ambidextri și vor avea o lateralizare tardivă. Abia către 5-7 ani lateralitatea devine stabilă (Bizouard, P., 1972).

Mecanismul ereditar explică existența familiilor de dreptaci sau stângaci. În realitate, această explicație nu este decisivă, deoarece modalitatea de transmitere este necunoscută iar, pe de altă parte, apare imitația și presiunea familială și socială ce pot determina unele modificări (lateralitate contrariată).

Un exemplu de lateralizare este faptul că la unii indivizi centrul scrierii este localizat în emisfera stângă la dreptaci și în emisferă dreaptă la stângaci, a cortexuluicerebral. Din cercetările efectuate în acestă direcție s-au identificat mai multe arii specifice asociate cu înțelegerea și realizarea scrierii, precizate mai sus.

Teoria clasică a limbajului, presupune și existența în neocortexul cerebral a unor centri de asociație specifici. Cenrul motor al scrisului, conform teoriei lui Broca, este localizat în aria 45 din lobul frontal, în emisferul dominant.

2. Dominanța în actul grafic

Dominanța cerebrală este unul din factorii cel mai des utilizați pentru explicarea lateralității și, mai ales, pentru explicarea dominantei manuală. Această ipoteză se confirmă în studiile pe unii subiecți afazici, la care afectarea emisferului stâng duce la apariția hemiplegiei drepte și la afectarea limbajului. (Albu și Albu, 1999).

Scrisul

Dominanta pentru scris este determinată de dominanța manuală. Aceasta este diferită la dreptaci și la stângaci, fiind o consecință a diferenței de dezvoltare și repartiție a funcțiilor în emisferele cerebrale. Dominanta funcțională a unei părți a corpului asupra alteia determină lateralitatea (dreptacii sau stângacii).

Mecanismele ereditare și culturale sunt indispensabile, după G.B. Soubirian (citat de Albu Albu, 1999) și conlucrează în determinarea lateralității.

În stabilirea lateralității sunt implicați factori multipli care se combină și pun în evidență trei elemente esențiale: ușurință, rapiditate, precizie.

Atunci când copilul este constrâns să scrie cu o mână pe care nu o poate controla, apar probleme legate de activitatea școlară, generatoare de oboseală și neplăcere (Albu și Albu, 1999).

Lateralitatea este importantă în evoluția normală a copilului deoarece îi permite formarea unei idei despre sine, îi permite perceperea axei corporale și îi permite să stabilească structura spațială prin raportarea mediului la această axă corporală (De Meur, 1988).

Lateralitatea se poate clasifica după natura sa, gradul de intensitate și omogenitate (Păunescu și Mușu, 1990).

După natura sa, lateralitatea poate fi normală și patologică. Lateralitatea normală apare ca urmare a localizării comenzii cerebrale în emisferul drept sau stâng. Cea patologică apare atunci când emisferul stâng este lezat și comanda este preluată de cel drept.

Intensitatea se manifestă sub formă de lateralitate puternică sau slab conturată. Lateralitatea puternică apare atunci când asimetria funcțională este intensă. Cea slab conturată se identifică cu folosirea în egală măsură a ambelor părți ale corpului, în special folosirea ambelor membre superioare. *După omogenitate*, lateralitatea poate fi omogenă, neomogenă și contrariată. Lateralitatea omogenă apare atunci când copilul este dreptaci sau stângaci de mână, ochi sau picior.Neomogenitatea apare atunci când este diferită pentru diverse membre, de exemplu copilul folosește membrul superior drept și membrul inferior stâng în mod frecvent. Lateralitatea contrariată apare atunci când, prin constrângeri, copilul este învățat să scrie cu mâna dreaptă deși este stângaci.

Conceptul de lateralitate este complex și presupune integrarea în alte două noțiuni des confundate. Este vorba de dominantă laterală și preferință manuală.

Dominanta laterală reprezintă preferința copilului de a folosi predilect un anumit membru, ochi sau ureche în activitățile ce solicită fidelitate.

Preferința manuală reprezintă capacitatea copilului de a folosi, în mod special, una din mâini când desfășoară activități ce necesită finețe și precizie (Albu și Albu, 1999). De asemenea, lateralitatea trebuie deosebită de cunoașterea noțiunii de dreapta-stânga. Lateralitatea reprezintă dominata unei părți corporale în raport cu cealaltă, în realizarea unor gesturi sau acte precise.Cunoașterea noțiunilor stânga – dreapta presupune percepția axei corporale. Această cunoaștere apare doar după ce lateralitatea este net confirmată și structura spațială bine stabilită (Păunescu și Mușu, 1990).

Precizăm, că după stabilirea dominantei manuale, copilul poate să utilizeze mâna dominantă, pentru deprinderea grafică. Deprinderea grafică va deveni o ,, acțiune automatizată", în urma exercițiilor și a învățării.

După vârsta de aproximativ 2 ani, se dezvoltă la copil schemele perceptivo-motorii, acțiunile și imaginile prin care se ating performanțe practognozice din ce în ce mai diferențiate, funcția simbolică / jocul simbolic în care asistăm atât la reprezentarea obiectelor și acțiunilor prin gesturi, imitația târzie, cât și la imaginea mintală care mijlocește aceste activități eupraxice, atât de necesare pentru realizarea actului grafic (Piaget, 1960). Și alți autori sunt de acord cu faptul că imaginea și aspectul figurativ al gândirii derivă din activitatea senzorio-motorie. Odată, cu reprezentarea mintală a mișcării și trecerea la grasping sau apucare palmară, la pensa digitală apare posibilitatea de a desena a copilului.

Desenul

Desenul este cel care precede scrierea. Desenul are aceeași dominanță manuală ca și pentru scris, cu diferența că imaginile mișcării în timpul desenului sunt mai vagi, puțin imprecise, desenul desfășurându-se la început la început fără a avea spațiu delimitat (adică are loc de exemplu pe toată tabla, pe toată pagina), iar o dată cu avansarea în vârstă se trece spre un spațiu delimitat strict. Atît desenul, cât și scrisul pot avea loc în plan vertical mai întâi, iar apoi în plan orizontal. De aici, putem concluziona că orice copil la 6-7 ani este pregătit pentru scris-citit.

3.Reprezentarea somatoscopică

Nivelele reprezentării

Funcția simbolic-reprezentativă a limbajului este de substituire a unor obiecte, relații și fenomene prin formule sau alte semne (grafice).

După Reuchlin (citat de Preda, 1995) ,, reprezentările apar înainte de a vorbi de funcția semiotică". Funcția semiotică apare la sfârșitul perioadei senzorio-motorii (1 ½ an-2 ani), fiind fundamental pentru evoluția conduitelor ulterioare, constă în posibilitatea de a reprezenta un lucru cu ajutorul unui ,,semnificant" diferențiat.Odată cu apariția acestei funcții apar și conduitele: imitația amânată, jocul simbolic, desenul sau imaginea grafică, imaginea mintală (apare ca o imitație interiorizată) și reprezentarea verbală sau vizuală a unor obiecte.

Reprezentarea legată de actul grafic cuprinde conduitele amintite puțin mai sus, cu precizarea că la nivel mental este reprezentată atât imaginea mâinii care urmează să execute actul grafic, cât și litera/ cuvântul care trebuie scris pe hârtie.

Centrul motor al scrisului că apare în emisfera cerebrală stângă, undeva în aria de asociație, iar Exner a admis existența acestui centru la nivelul piciorului celei de a doua circumvoluții frontale stângi. Dar după Hensen ar exista un centru grafic suprapus cortexului motor al mâinii și al degetelor la nivelul frontalei ascendente înconjurând centrul motor al degetelor și al mâinii (citat de Piaget, 1970).

Așadar este bine să cunoaștem acest suport morfologic al grafismului, deoarece în general limbajul (oral sau scris) este cel care reglează și organizează întreaga activitate psihică. În cazul în care în cadrul acestui sistem există verigi care nu funcționează bine apar dereglările de limbaj. Acestea dacă nu sunt prevenite și corectate la timp au influențe negative asupra dezvoltării personalității.

BIBLIOGRAFIE

Albu, A., Albu, C.,(1999), Psihomotricitatea, Editura Spiru Haret, Iași

Athanasiu, A.,(1996), Cunoașterea personalității prin scris, Ediura Humanitas , Cluj-Napoca

De Meur, A.,(1988), Psihomotricité , Education rééducation, Editura De Boeck, Bruxelles.

Epuran, M., (1976), Psihologia educației fizice, București, Editura Sport –Turism, București.

Papilian, V., (1982), Anatomia omului, ediția a VI-a, EDP., București.

Păunescu, C., Mușu, I., (1990), Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal, Editura Medicală, București.

Piaget, J., Inhelder, B., (1970), Psihologia copilului, EDP., București.

Picq, P.,Vayer, P., (1968), Education psycho-motrice et arrieration mentale, Editura Dion, Paris.

Preda, V., (Coord.), (1995), Elemente de psihologia intervenției precoce, Colecția Psihoped-Info, Cluj-Napoca.

Tache, S., (1995), Investigarea funcțiilor sistemului nervos, Editura Dacia, Cluj-Napoca.

Vrășmaș, E., Stănică, C., (1997), Terapia tulburărilor de limbaj, EDP., București.

Abordarea cognitivă a tulburărilor specifice de învățare

-studiu experimental-

dr. Chișu Silviana, *logoped specialist, CJRAE Cluj,*

Liceul Teoretic „Mihai Eminescu”, Cluj-Napoca

Putem vorbi de tulburări specifice de învățare (dislexie, disgrafie, disortografie, discalculie) în cazul acelor copii la care rezultatele obținute la scris-citit sau calcul rămân mult sub așteptări, raportate la nivelul capacităților intelectuale, vârstă cronologică și la efortul depus pentru învățare. Tulburările specifice de învățare (TSI) reprezintă o modalitate specială de prelucrare a informației, datorată dezvoltării și funcționării diferite a sistemului nervos central. TSI au la bază o disfuncție neurologică și sunt influențate în unele cazuri și de ereditate. Acești copii au un nivel normal de inteligență, doar că ei gândesc și învață altfel decât ceilalți. Conform datelor statistice la nivel mondial, se constată că din numărul total de copii, un procent de 7-10% prezintă TSI, iar procentul cazurilor grave este de 3-5% (Bartok Eva, 2017).

TSI reprezintă “un complex de tulburări de învățare a scris-cititului și calculului, care se manifestă cu toate că subiecții au un intelect normal, nu prezintă deficiențe senzoriale, beneficiază de instrucție școlară adecvată, de un mediu socio-cultural normal. TSI sunt consecința unor perturbări ale aptitudinilor cognitive fundamentale, de origine constituțională” (OMS,1995). TSI pot apărea la orice nivel intelectual și nu se explică prin lipsa exersării, lipsa de motivare, factori emoționali sau slaba pregătire a profesorilor. Nu depinde de naționalitate sau nivelul socio-cultural al familiilor (Bartok Eva, 2017).

Cercetătorii români E. Verza (2003) și C. Păunescu (1984) subliniază faptul că *semnul grafic* care transpune elementul sonor al limbii este *fonemul*. Recunoașterea semnelor grafice și atribuirea unui sens, prin înțelegerea conținutului se realizează prin citire. Nu se poate trasa o linie de demarcație între scriere și citire deoarece în procesul instructiv ele se învață împreună, iar scrierea nu se poate însuși în afara citirii.

Coroborând cercetările efectuate în domeniu cu observațiile personale, consider că TSI din sfera scris-cititului sunt determinate de perturbări în procesarea limbajului oral/scris și de achiziție a lexiei. Cititul este un proces cognitiv complex. Copiii învață să citească prin traducerea și decodificarea fonemelor. Pe măsură ce copilul începe să recunoască cuvintele, citirea devine un proces automat. Observăm că elevii cu TSI întâmpină dificultăți în decodificarea grafemelor, în reținerea grafemelor și cuvintelor, uneori în pronunțarea corectă a cuvintelor, în scrierea de mână, în planificarea și organizarea activităților. Copiii cu TSI, deși au unele abilități de procesare vizuală a informației și recunosc obiectele din mediul înconjurător, ei nu pot înțelege și memora simbolurile (literele alfabetului, cifrele sau cuvintele), prezintă tulburări în prelucrarea spațială și vizuală asociată cu gândirea auditivă, liniară, în timp și spațiu.

Din cauza dificultăților de înțelegere a textelor citite, uneori chiar a propriului scris, elevii cu TSI prezintă deseori o exprimare verbală lacunară, cu omisiuni sau adăugiri de elemente ce nu figurează în textul citit.

Fig. 1 - *Percepţia textului scris din perspectiva elevului cu TSI*

Constatăm că majoritatea cercetărilor pun accent mai mult pe componentele lingvistice şi numai în foarte mică măsură pe *funcţiile instrumentale* **-** care sunt esenţiale în realizarea actului de scriere şi citire corectă.

Experiența practică ne arată că la un număr mare de elevi cu TSI există o dezvoltare deficitară a *funcţiilor instrumentale,* cu forme de manifestare adesea necunoscute, dar cu un efect perturbator în plan școlar. Aceşti elevi, în ciuda unui intelect normal, manifestă tulburări specifice de învățare a scris-cititului, datorate în mare măsură nedezvoltării unor funcții instrumentale.

Tulburările instrumentale se manifestă prin: deficiențe ale percepţiei vizuale și de organizare spațio-temporală, tulburări de dominanţă emisferică, tulburări oculo-motorii și de psihomotricitate, tulburări ale percepției auditiv-verbale, deficienţe în percepţia ordinii temporale, tulburări în procesarea fonologică, dificultăți de secvențialiate și de simbolizare, tulburări de structurare a schemei corporale şi de lateralitate, incapacitatea de a trata secvenţial informaţiile, deficit de integrare intermodală.

Tulburările funcţiilor iinstrumentale pot explica o serie de manifestări tipice ale TSI: confuzia între literele simetrice, prin inversiunea stânga-dreapta ca și în cazul literelor „b şi d” sau „p şi q”, confuzia literelor prin inversarea raporturilor sus-jos ca în cazul literelor „d–p, u-n”, scrierea şi citirea de la dreapta la stânga (*scrierea în oglindă*).

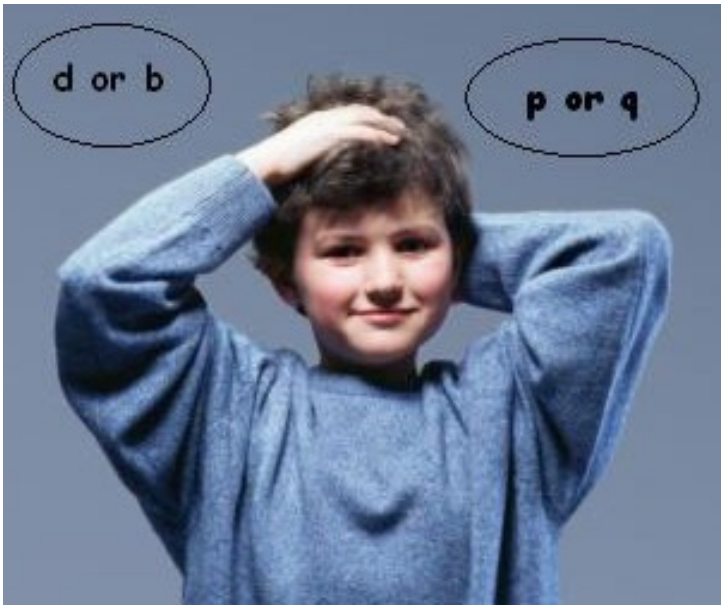


Fig.2 : *Manifestările tipice ale TSI*

Elevul cu TSI poate dezvolta un complex de eșecuri care va avea repercursiuni negative în dezvoltarea personalității sale (anxietate, neîncredere în sine, conduită agresivă, căutare de pedepse, indisciplină, fugă de la școală, atitudine negativă față de școală, sentimente de inferioritate, devalorizarea eului (fig.3).

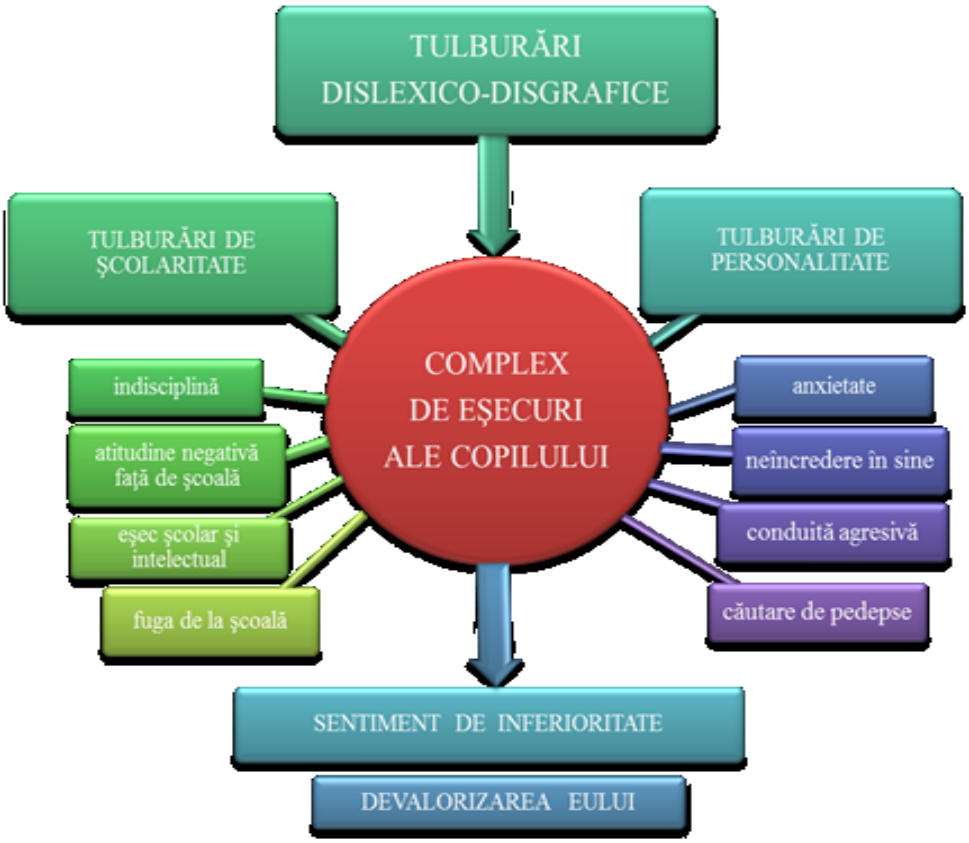


Fig.3 - *Consecințele TSI asupra evoluției personalității școlarului mic (adaptată după C. Păunescu,1984)*

Plecând de la teoriile psihologice operaționale privind *zona proximei dezvoltări* elaborate de J. Piaget (1965) și L.S. Vîgotski (1971), mi-am propus să identific nivelul funcțiilor instrumentale subdezvoltate și nivelul de dezvoltare cognitivă a copiilor, urmând ca în funcție de rezultate să intervin prin programe educaționale personalizate (P.E.P) pentru preîntâmpinarea TSI și prevenirea eșecului școlar. Am căutat să transform etapa de evaluare și diagnosticare a TSI, dintr-o activitate constatativă într-o activitate de tip cercetare-acțiune, prin care evaluarea și diagnoza devin un proces complex, unitar, dinamic și de durată.

În acest scop, am examinat un număr de 285 de copii cu vârste cuprinse între 6-7 ani din 5 unități școlare din Cluj-Napoca, dintre care 168 băieți și 117 fete. Am utilizat **testul Reversal** și **proba Burlea** (G. Burlea, 2007), care au pus în evidență din totalul de participanți un număr de 24 elevi care *prezintă risc de manifestare a TSI* (**etapa constatativă** a cercetării).

Investigațiile au fost realizate după informarea cu privire la scopul cercetării și după obținerea acordului scris al părinților copiilor participanți la experiment. Analiza și prelucrarea statistică a datelor s-a făcut cu ajutorul programului **SPSS** v.20.

Eșantionul de participanți selecționat (N=24 elevi) a fost împărțit în două grupe: **grupul experimental** (N=12 elevi, format din 8 băieți și 4 fete) și **grupul de control** (N=12 elevi, format din 9 băieți și 3 fete). Cele două grupuri sunt relativ omogene din punct de vedere al vârstei cronologice.

Grup experimental		**Grup de control**	
Băieți	**Fete**	**Băieți**	**Fete**
8	**4**	**9**	**3**

Tabelul 1 - *Eșantionul de participanți*

Pentru evaluarea amănunțită a funcțiilor instrumentale, în **etapa experimentală** am folosit la ambele grupuri de subiecți: **testul Bender B** (Bender, 1938), **fișa de procesare fonologică Burlea** (G.Burlea,2007) și **proba Sindelar** (B.Sindelar, 1994). **Etapa experimentală** a cercetării s-a desfășurat în urma finalizării etapei de evaluare și diagnosticare a tulburărilor instrumentale din **etapa constatativă.**

Rezultatele obținute de ambele grupe sunt la același nivel, nu se observă diferențe semnificative între participanți.

În următoarea etapă a cercetării – **etapa de intervenție**, participanții din **lotul experimental** au fost incluși într-un **program de intervenție terapeutică personalizată,** în timp ce la **lotul de control** nu au fost aplicate nici un fel de programe personalizate.

În **etapa de intervenție,** prin implementarea probelor de diagnostic formativ am urmărit stimularea cognitivă și dezvoltarea funcțiilor instrumentale deficitare a subiecților din grupul experimental. Programele complexe de stimulare și dezvoltare cognitivă combinate cu exerciții sub formă de joc, exerciții de îmbogățire instrumentală după **metoda Sindelar**, învățarea scris-cititului prin **metoda Meixner**, au evidențiat ritmurile specifice de dezvoltare a copiilor, precum și viteza cu care se recuperează.

Din analiza datelor rezultă că elevii din grupul experimental înregistrează medii semnificativ mai mari decât cei din grupul de control. Rezultatele obținute de grupul experimental se datorează implementării unui program de intervenție bazat pe dezvoltarea funcțiilor instrumentale deficitare sau nefuncționale și pe stimularea proceselor cognitive slab dezvoltate.

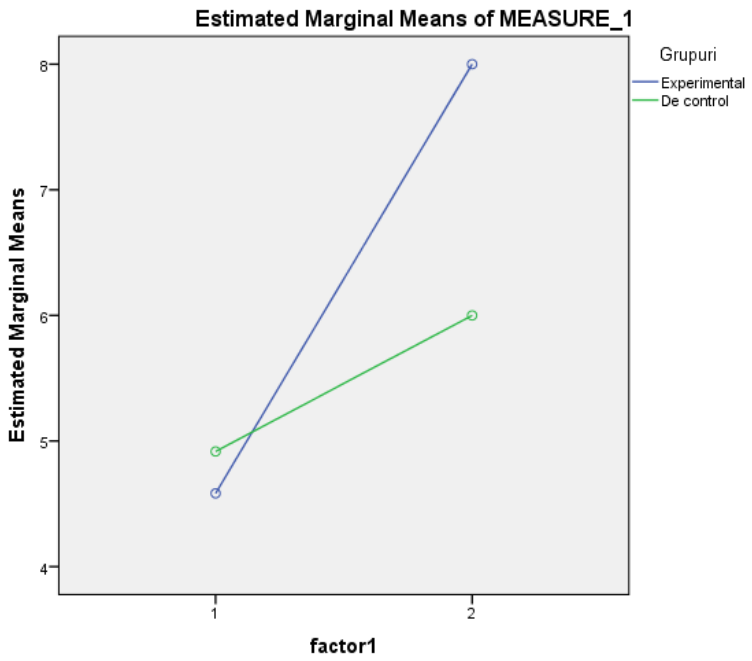


Fig.4 - *Diferențe între pretest și posttest între cele două grupuri*

Abordarea diagnosticului sub raport dinamic și formativ ne-a evidențiat și caracterul său comprehensiv, întrucât pe lângă faptul că face aceleași predicții ca și metodele clasice, ne oferă în plus indicii importante asupra progresului cognitiv.

Probele de tip formativ-recuperator m-au ajutat la elaborarea unor programe complexe de stimulare cognitivă și dezvoltarea funcțiilor instrumentale mult mai bine obiectivizate decât cele elaborate pe baza informațiilor obținute prin aplicarea de probe psihometrice.

Prin depistarea și intervenția timpurie a tulburărilor instrumentale am urmărit și un scop profilactic de sensibilizare a părinților și a mediului școlar pentru schimbarea atitudinilor și reprezentărilor nefavorabile față de copiii cu TSI. Am realizat o informare a cadrelor didactice și a părinților asupra avantajelor pe care le prezintă educația timpurie privind identificarea și recuperarea copiilor cu risc de manifestare a TSI.

Concluzii:

Din analiza datelor obținute de către cele două grupe de participanți concluzionăm că funcțiile instrumentale deficitare sau nefuncționale pot duce la TSI, dar intervenind din timp asupra lor, stimulându-le dezvoltarea, ajungem la îmbunătățirea performanțelor școlare ale elevilor.

Considerăm că evaluarea timpurie a funcțiilor instrumentale la începutul clasei pregătitoare ar putea fi de mare folos în identificarea și diagnosticarea precoce a elevilor expuși riscului de a dezvolta tulburări specifice de învățare.

Recomandăm :

- implementarea unor programe de depistări precoce a tulburărilor instrumentale în scop preventiv, încă din clasa pregătitoare;
- utilizarea probelor de evaluare selectate în cercetare în evaluarea elevilor aflați în clasa pregătitoare din ciclul primar, iar rezultatele obținute pot fi urmărite longitudinal în viitor la clasele primare. Pe baza evaluării cu probele aplicate în cercetare se pot elabora proiecte recuperatorii și educative speciale cu scopul de-a preveni instalarea TSI și a asigura succesul școlar al copiilor.
- introducerea unor programe personalizate specifice pentru dezvoltarea și îmbogățirea funcțiilor instrumentale la elevii care prezintă risc spre TSI;

Bibliografie:

Bartok, E. (2017), *Copilul dislexic - o responsabilitate comună*. Ghid destinat cadrelor didactice și părinților copiilor cu TSI, Tipografia Osli SRL, Târgu Mureș

Bender, L (1938), A visual motor gestalt test and its clinical use, *American Orthopsychiatric Association of Research Monographs,* 38.

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

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1995) *Classification statistique internationale des maladies et des problemes de santé connexes*, 10, mise a jour, Genève.

Păunescu, C. (1984), *Tulburările de limbaj la copil*, Ed. Medicală, Bucureşti

Piaget, J. (1965), *Psihologia inteligenței*, Editura Științifică, Bucureşti

Sindelar, B. (1982), *Lernprobleme an der Wurzel packen. Trainingsprogramme gegen Lernstorungen.* Unter Mitarb v. Rind W., Wien.

Sindelar, B. (1994), *Teilleistungsschwachen*, Wien**,** Eigenverlag.

SPSS Inc. (2013) *SPSS for Windows* (Version 20.0) Chicago, IL :SPSS.

Vîgotski, L.S. (1971), *Opere psihologice alese*, vol.I, Ed. Didactică și Pedagogică, Bucureşti

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

Proiect educațional regional „Curcubeul Cuvintelor”

Panțiru Daciana, *Profesor logoped,CJRAE Cluj,*

Colegiul Național „George Coșbuc”, Cluj Napoca

Matei Ioana, *Profesor logoped,CJRAE Cluj,*

Școala Gimnazială „Traian Dârjan” , Cluj Napoca

Proiectul „Curcubeul cuvintelor” a fost propus și s-a organizat de către Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Cluj / Centrul Logopedic Interșcolar Cluj, în perioada decembrie 2018 - iunie 2021, fiind aprobat în CAEJ poziția 685, domeniul cultural-artistic, arte vizuale 11, ediția II.

Proiectul a avut ca activități principale un concurs de desene organizat pentru preșcolarii grupelor mijlocii și un simpozion interjudețean organizat pentru cadrele didactice din județele partenere: Cluj, Vâlcea, Sibiu, Mureș, Maramures, Satu Mare, Argeș .

Principiul intervenţiei precoce sau timpurii susţine că orice tulburare de limbaj trebuie abordată înainte ca aceasta să se dezvolte şi să se consolideze sub forma unor deprinderi stabile, întreţinute prin exerciţiu şi rezistente la schimbare. Intervenţia logopedică trebuie să coincidă cu debutul tulburării de limbaj - şi nu mai târziu - pentru a se evita dezvoltarea defectuoasă a limbajului. Neglijarea preventiei si a interventiei timpurii din întreg procesul logopedic reprezintă cauza a numeroase tulburări de limbaj grave sub aspectul rezistenţei la corectare, prelungind foarte mult acest proces, uneori făcând chiar inutile eforturile corectiv-recuperatorii.

Creșterea numărului de unități arondate și a numărului de logopați în ultimii ani arată că exista o nevoie acută de un program de intervenție timpurie realizat în cât mai multe unități de învățământ preșcolar din țară. De asemenea, este importantă extinderea intervenției logopedice la preșcolarii din grupele mijlocii, deoarece conform Regulamentului de funcționare a Centrelor Logopedice Interșcolare, profesorii logopezi au obligația de a cuprinde în terapia logopedică preșcolarii din grupele mari.

Activitățile metodice organizate în cadrul grădinițelor pe parcursul întregului an școlar arată că educatoarele apreciază oportunitatea schimbului de experienţă cu colegii din alte şcoli și cu logopezii din cabinetele interșcolare, dar solicită și o formare personală pentru dobândirea unor abilități specifce de intervenție timpurie, în vederea realizării unei comunicări verbale expresive, corecte și eficiente.

Astfel, a fost identificată nevoia de a organiza activități specifice pentru prevenirea apariției tulburărilor de limbaj, respectiv pentru corectarea unor deprinderi defectuoase care determină dificultăți de comunicare la preșcolarii foarte mici. Ca urmare, am inițiat acest proiect, care, pe lângă simpozionul pentru logopezi și cadre didactice, să includă și un concurs de creație artistico-plastică pentru elevi.

Scopul proiectului:

- Formarea și dezvoltarea în rândul cadrelor didactice a competențelor necesare intervenției timpurii la preșcolari pentru prevenirea tulburărilor de limbaj.
- Dezvoltarea abilităților de comunicare și artistico-plastice.

Obiectivele specifice:

- Promovarea proiectului în minim 25 de unităţi de învățământ din judeţ și în 25 unități din județe partenere;
- Desfășurarea a minim 4 activități cu elevii preșcolari și educatoarele de la grupa mijlocie la toate grădinițele din județul Cluj și din județele partenere;

- Realizarea a minim 50 de creații plastice pentru participarea la concursul "Curcubeul cuvintelor";
- Selectarea a 25 de lucrări artistico-plastice, care vor fi premiate conform criteriilor din regulamentul concursului;
- Realizarea și prezentarea de către cadrele didactice din învățământul preprimar a unor prezentări PPT care ilustrează activitățile desfășurate în cadrul proiectului prin participarea la simpozion.

Scopul concursului:

- Formarea și dezvoltarea în rândul educatoarelor a abilităților necesare intervenției timpurii pentru prevenirea tulburărilor de limbaj la preșcolarii din grupele mijlocii.

Proiectul a avut ca activități principale un concurs de desene, organizat pentru preșcolarii grupelor mijlocii și un simpozion interjudețean organizat pentru cadrele didactice din județele partenere: Cluj, Vâlcea, Sibiu, Mureș, Maramures, Satu Mare, Argeș.

Concursul de desene "Curcubeul cuvintelor" a fost organizat de către logopezi și educatoare. Activitățile de intervenție timpurie au fost realizate la grupele mijlocii, de către un număr de 50 logopezi, 85 educatoare și 1750 preșcolari din 55 grădinițe din județele participante la proiect. Proiectul a fost cu participare directă.

Comisia de evaluare a concursului a premiat 16 lucrări (premii I, II, III, o mențiune) din 47 de lucrări participante la etapa regională.

Simpozionul pentru logopezi și cadre didactice din învățământul preșcolar „Importanța intervenției timpurii în prevenirea tulburărilor de limbaj" s-a desfașurat în data de 10 mai 2019 în locația Colegiul *Apafi Mihaly*, Piața Avram Iancu, nr 14-15, Cluj-Napoca, având un număr de 24 lucrări, 48 cadre didactice participante, din care 35 audienți.

Pentru participarea la simpozion, cadrele didactice din învăţământul preprimar și profesorii logopezi au realizat lucrări în care au prezentat activitatile desfăşurate pe parcursul celor 3 luni. Simpozionul a avut următoarele secțiuni:

Secţiunea I - Exemple de bună practică - prezentare PPT.

Secțiunea II - Materiale didactice / Fișe de lucru.

Finalitatea Simpozionului a fost realizarea unui C.D. educaţional cu titlul "Importanța intervenției timpurii în prevenirea tulburărilor de limbaj", cu număr ISSN 2601-7458.

Bugetul proiectului a fost de 1000 de lei, bani proveniți din fonduri proprii ale unității aplicante. Cheltuielile principale efectuate au însemnat: realizarea de diplome pentru elevii / preșcolarii și cadrele didactice implicate, organizarea expoziţiei cu lucrările participante în concurs, realizarea CD-ului educaţional.

Implementarea proiectului a avut un impact pozitiv asupra calităţii procesului de învăţământ în general și - implicit - asupra grupurilor-ţintă participante. Activitățile organizate pe grupe au dus la corectarea pronunției, stimularea unei comunicări verbale corecte, expresive și eficiente la toți copiii din grupele implicate în realizarea proiectului "Curcubeul cuvintelor".

Considerăm că scopul proiectului, formarea și dezvoltarea în rândul educatoarelor a abilităților necesare intervenției timpurii pentru prevenirea tulburărilor de limbaj la preșcolarii din grupele mijlocii, a fost atins cu succes, de aceea vom aplica pentru continuarea proiectului și în alte județe în anul școlar următor.

Cel puțin 80% dintre educatorele participante la proiect au reușit să realizeze cu succes un program de activități de intervenție timpurie la grupă. S-au dezvoltat relaţiile de colaborare, s-au împărtășit experienţe pozitive între cadre didactice şi între preșolari și s-au identificat metode și mijloace de lucru specifice în activitățile de prevenire a tulburărilor de limbaj.

În urma desfășurarii proiectului, colegii din Centru logopedic interșcolar Cluj au realizat

un material suport pentru activitățile de prevenire a tulburarilor de limbaj la preșcolarii din grupele mijlocii numit *Cărticica Curcubeu*.

Materialul pe care l-am propus are ca scop sprijinirea educatoarelor în activitatea de prevenire, respectiv de intervenție precoce asupra tulburărilor de limbaj, la copiii din grupele mijlocii și nu numai.

Ca urmare, doamnele educatoare sunt cele care intervin timpuriu în demersul complex al dezvoltării limbajului și comunicării corecte, eficiente și expresive la copii

Iată de ce profesorii logopezi din cadrul Centrului logopedic interșcolar Cluj ne-am reunit în strădania de a realiza un material ușor de utilizat, material care respectă cerințele curriculumului pentru educație timpurie.

În consecință, utilizând aceste materiale, doamnele educatoare pot să desfășoare activitățile specific curriculare și, în același timp, să realizeze o intervenție timpurie în dezvoltarea și stimularea limbajului și comunicării copiilor, fără a pregăti materiale în plus față de cele necesare planificării specifice.

Am propus, așadar, pentru temele din curriculumul pentru educație timpurie, câte un set de exerciții structurate pe o singură pagină:

- CASETA CU EXERCIȚII DE GIMNASTICĂ FONOARTICULATORIE (scopul acestora fiind dezvoltarea deprinderilor de a realiza mișcările necesare pentru articularea corectă a sunetelor);
- CASETA CU EXERCIȚII DE RESPIRAȚIE (scopul fiind dezvoltarea capacității de a emite o undă expiratorie prelungită, realizată fără efort, așa încât vorbirea să se realizeze fluent, fără întrerupere sau pauze pentru inspirație);
- CASETA CU EXERCIȚII PENTRU DEZVOLTAREA AUZULUI FONEMATIC (exerciții care vor eficientiza deprinderile de ascultare și comparare auditivă, astfel încât copiii să își dezvolte componentele conștiinței fonologice);
- CASETA CU EXERCIȚII PENTRUDEZVOLTAREA RITMULUI.

Aceștia au imaginat scurte povestiri și poezioare, care să mențină atenția și motivația copiilor pentru exercițiile propuse, exerciții care, dacă ar fi realizate fără a fi integrate în materiale atractive, pot deveni obositoare și plictisitoare pentru preșcolari.
Materialul poate fi accesat gratuit: http://cjraecluj.ro/carticica-curcubeu.

Promovarea proiectului s-a realizat prin diverse articole, mese rotunde, promovarea în revista CLI, site-ul CJRAE, site-uri de specialitate, cercuri şi comisii metodice.

Echipa de proiect din cadrul Centrului Logopedic Interșcolar a asigurat desfășurarea optimă a proiectului în grădinițele partenere, precum şi organizarea fazelor de finalizare ale proiectului, monitorizarea şi evaluarea proiectului extrașcolar.

Bibliografie

1. Albu C., Albu A., Vlad L.T., Iacob I. (2006) *Psihomotricitate*a, Ed. Academica, Iași.

2. Bodea Haţegan C., (2016), *Logopedia. Terapia tulburarilor de limbaj. Structuri deschise,* Editura Trei, București.

3. Bodea Haţegan C. (2014), *Abordări terapeutice ale limbajului. Perspective actuale,* Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

4. Carantină D., Totolan D. (2007), *Psihopedagogie Specială,* Editura Ovidius University Press, Constanța.

5. Roșan, A. (2015), *Psihopedagogie specială. Metode de evaluare si intervenție,* Editura Polirom, Iași.

6.Vrășmas, E.; Stănică, C. (1997) *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice,* Editura Didactică și Pedagogică, București.