



Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă "Maria Montessori" Constanța
Loc. Constanța, Str. Nicolae Măndoi, nr. 17, cod poștal 900227
Telefon / Fax: 0241.691.731 / 0341.440.473, E-mail: scsp2cta@yahoo.com
Web-site: www.cseimontessori.eu/wp

REVISTĂ ȘCOLARĂ

LOGOPEDIA ASTĂZI

DE LA TEORIE LA PRACTICA BAZATĂ PE CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ



NR.2/MAI 2021

LOGOPEDIA ASTĂZI

DE LA TEORIE LA PRACTICA BAZATĂ PE CERCETARE ȘTIINȚIFICĂ

Revistă școlară bianuală

Nr.2 – MAI 2021

ISSN 2734 - 8180 ISSN - L 2734 – 8180

Echipa de redacție :

Profesor logoped Vlahopol Ștefania Luiza

Profesor logoped Rencu Denisa

Profesor logoped Crețu Roxana Elena

Date contact:

Adresa: Str. Nicu Măndoi, nr. 17, Constanța, jud. Constanța

Tel: 0745161656

E-mail: montessorirevista@gmail.com

CUPRINS

SECȚIUNEA TEORETICĂ

1. **ACTIVITĂȚI LUDICE ÎN RECUPERAREA COPIILOR CU AUTISM** - Prof. psihopedagog Neguțu Veronica, Inspectoratul Școlar Județean Constanța / C.Ș.E.I. "Albatros", Constanța
2. **IMPACTUL JOCULUI ASUPRA COMPORTAMENTULUI COPIILOR** - Profesor psihopedagog Cojocariu Amalia, Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă Arad
3. **IMPORTANȚA ȘI ROLUL LIMBAJULUI ÎN FORMAREA PERSONALITĂȚII COPIILOR MICI** - Prof. înv. preșc. Șerban Cristina, Grădinița P.P. Nr.42, Constanța
4. **ROLUL RESPIRAȚIEI ÎN CORECTAREA PRONUNȚIEI - PROGRAMUL PRAAT** Profesor logoped Moroianu Diana, C.Ș.E.I. „Maria Montessori” , Constanța
5. **RECOMANDĂRI ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ LA COPII CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ** - Profesor logoped Rusu-Platon Carmen, C.J.R.A.E.Tulcea

SECȚIUNEA PRACTICĂ

6. **PROGRAM DE EXERCITII PENTRU EVALUAREA STRUCTURILOR PECEPTIV-MOTRICE DE CULOARE** - Profesor logoped Rencu Denisa, C.Ș.E.I. „Maria Montessori” Constanța
7. **JOCURILE DE MIȘCARE CA TERAPIE PENTRU COPII CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE** - Profesor kinetoterapie Bucur Emanuela, C.Ș.E.I. „, Maria Montessori” , Constanța

SECȚIUNEA TEORETICĂ

ACTIVITATI LUDICE IN RECUPERAREA COPIILOR CU AUTISM PLAYFUL ACTIVITY IN RECOVERING CHILDREN WITH AUTISM

Prof. psihopedagog Neguțu Veronica
Inspectoratul Școlar Județean Constanța
Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă "Albatros" Constanța

Cuvinte cheie: copil, activitate ludică, integrare, școală etc

Autism seems to be present all over the world, lately in newspapers, on TV, even on posters. Information shows that the rate of its presence is rising rapidly, and each of us already knows at least one child with this picture of problems. And since the latest news suggests that early intervention is critical to the success of recovery and integration in society, the parents of younger children are attentive to any signs of autism, wanting as many sources of information as possible.

My challenge was determined by a real experience with an autistic child. The attitude of understanding the actual, individualized needs of the child has facilitated a deeper study of this issue.

„Atunci când îi învățăm pe copiii cu TSA aptitudini pentru joacă, încercăm să le înapoiem darul copilăriei, oferind în același timp câteva abilități fundamentale pe care să le folosească în situații generale de învățare de-a lungul vieții.” (Peeters,Th, 2009, p. 43)

Există copii pe care îi iubim, dar în a căror recuperare și educatorii și părinții și-au pierdut orice speranță. Să nu uităm, copilul autist poate fi al nostru, poate fi al prietenului nostru sau elevul care ne-a fost încredințat.

Cuvintele „joc”, „activitate ludică” și „copii” sunt de obicei asociate. Însă termenii „joc” și „copii cu autism”, nu apar mereu împreună. Prin „joc” sau „activitate ludică” învățăm cum să dezvoltăm misterele lumii sociale copiilor.

Una din formele de manifestare a copilului este jocul. În mod obișnuit asemenea activitate este izvorâtă din nevoia de acțiune, de mișcare a copilului - o modalitate de a-și consuma energia - sau de a se distra, un mod plăcut de a utiliza timpul și nu numai.

Jocul reprezintă un ansamblu de acțiuni și de operațiuni, care urmăresc obiective de pregătire intelectuală, tehnică, morală, fizică a copilului. Elementul de joc imprimă acestuia un caracter mai viu și mai atrăgător, aduce varietate și o stare de bună dispoziție funcțională, de veselie și bucurie, de destindere, ceea ce previne apariția monotoniei și a plictiselii, a oboselii.

Atunci când jocul este utilizat în procesul de învățământ, el dobândește funcții psihopedagogice semnificative, asigurând participarea activă a copilului la lecții, sporind interesul de cunoaștere față de conținutul acesteia.

Jocurile sociale sunt esențiale pentru copiii diagnosticați cu autism, întrucât le oferă șansa de a se juca cu alți copii. În aceste jocuri sunt necesare minim două persoane care desfășoară activitatea și comentează situațiile de joc (loto, domino, cuburi, cărți de joc etc).

Înțelegerea lumii sociale solicită următoarele: conștientizarea existenței celorlalți, o dorință de apartenență, de a fi incluși sau de a împărtăși cu alții, o înțelegere a modului cum ceilalți s-ar comporta sau ar răspunde. De exemplu, bebelușii gânguresc și zâmbesc când joacă cucu-bau, iar copiii mici se

bucură de obicei de atenția celor care li se alătură în joc. Când înțelegem că, autismul este o întârziere de dezvoltare și copiii cu autism, de multe ori, se comportă ca fiind mult mai mici decât vârsta cronologică, suntem la jumătatea drumului spre descifrarea modului în care ei se joacă. A participa la un joc și a te juca cu alți copii, este, de obicei o experiență incitantă. Multă lume consideră de la sine înțeleasă abilitatea de a avea atenție distributivă. Pentru majoritatea copiilor cu autism jocul se desfășoară prea repede și ei nu pot ține pasul. Copiii cu autism au nevoie de tot sprijinul posibil pentru a înțelege lumea din care face parte, inclusiv lumea jocului.

În momentul când îi învățăm pe copiii cu TSA aptitudini pentru joacă, încercăm să le înapoiem darul copilăriei, oferind în același timp câteva abilități fundamentale, pe care să le folosească în situații generale de învățare de-a lungul vieții. Aceasta „se întâmplă voluntar, adesea spontan, oferind copilului întăriri intrinseci și recompense. Joaca este activă, valorizată de către participanți, este inedită și flexibilă.”(Wolfberg P. și Schueler L. A. 1992, p 120)

“Jocul dezvoltă creativitatea, intelectul, trăirile emoționale, stabilitatea, senzațiile de bucurie și plăcere. Obişnuința de a fi fericit. (Piers și Landau, 1980, p. 73)”. Jocul este un act creativ care le permite oamenilor să înțeleagă, să gândească și să aibă un comportament din ce în ce mai complex și mai flexibil, dându-le încredere în sine și un sentiment de realizare. Prin interacțiunile lor spontane, copiii descoperă moduri unice și inovative de a răspunde la mediu, ce trebuie evaluate și înțelese de cei care îi îngrijesc și le sprijină dezvoltarea. Toți copiii au nevoie de ocazii de a expora și de a interacționa cu mediul lor înconjurător cu plăcere. Pentru copiii cu autism este vital, ca ei să poată să guste bucuria jocului, care nu depinde de activități rigide, ci ține de descoperirea de noi și incitante interacțiuni. Copiii au nevoie de un partener de joacă, pentru a-și dezvolta simțul empatic, doresc pe cineva cu care să empatizeze, să-și îmbunătățească abilitățile de comunicare. Realizarea acestor experiențe plăcute pentru toți participanții duce la o” deschidere a stări afective” care va avea un profund impact asupra dezvoltării cognitive și a interacțiunilor sociale.

Jocul este o experiență dinamică ce încurajează ingeniozitatea, ambiția și reciprocitatea, iar părinții și specialiștii trebuie să recunoască cât de importante sunt aceste calități, ce îi ajută pe copii să obțină informații și să înțeleagă lumea. Copiii rareori utilizează jocul pentru a afișa conștient o anumită abilitate, așa că, nu e totdeauna potrivită interpretarea jocului lor în relație strictă cu abilitățile lor cognitive.

Pentru copiii cu autism, jocul este deseori prezentat mai degrabă ca o abilitate ce trebuie învățată, decât ca o experiență ce trebuie avută împreună și savurată. În consecință, lor nu li se oferă probabil aceleași oportunități de joc, care să le permită să se exprime sau să devină stăpâni pe gândire și experiențele lor. Una dintre dificultățile, în a determina rolul pe care-l are jocul în dezvoltarea copiilor, este faptul că, părinții și educatorii deseori îl privesc ca având un scop diferit.

În cadrul acestei lucrări am pornit de la următoarele obiective:

- Utilizarea metodelor diverse de activitatea ludică îmbinate cu terapiile de bază ale copiilor diagnosticați cu autism, determină ca posibilitatea de recuperare și de integrare în societate a acestora să fie ridicate.
- Folosirea metodelor diverse de activitatea ludică în intervenția timpurie atât cu copiii diagnosticați cu autism învață să inițieze un joc, să comunice sau să-și exprime trăirile.
- Aplicarea metodelor diverse de activitatea ludică în procesul de evaluare ca o activitate prin care sunt colectate, ansamblate și interpretate informații despre starea, funcționarea și evoluția copilului diagnosticat cu autism.

Cercetarea efectuată are în vedere dimensiunea de cunoașterea tulburărilor din spectrul autist și evidențierea unei legături între terapiile de baza utilizate și diversitatea metodele de activitate ludică folosite în cadrul acestora.

- Ipoteza generală a acestei cercetări poate fi formulată astfel: *Dacă sunt utilizate metode diverse de activitatea ludică îmbinate cu terapiile de bază ale copiilor diagnosticați cu autism, atunci posibilitatea de recuperare și de integrare în societate a acestora sunt ridicate.*

Ipotezele particulare care derivă din ipoteza generală sunt:

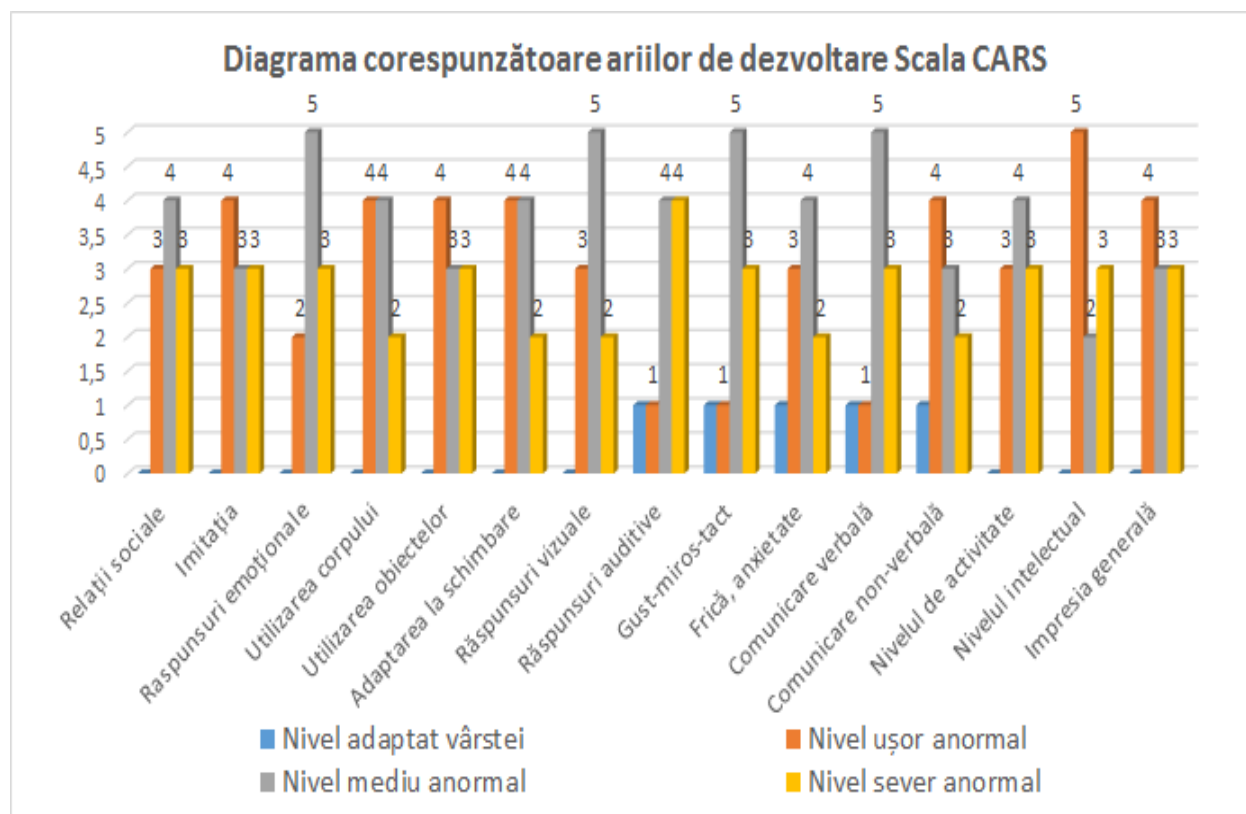
- Cu cât sunt mai frecvent utilizate diversitatea metodele de activitatea ludică îmbinate cu terapiile de bază, cu atât posibilitățile de recuperare și integrare a copiilor cu tulburări din spectrul autist în societate, sunt mai mari.
- Cu cât utilizarea metodelor diverse de activitatea ludică se realizează în intervenția timpurie, cu atât copiii diagnosticați cu autism învață să inițieze un joc, să comunice sau să-și exprime trăirile.
- Cu cât utilizarea metodelor diverse de activitatea ludică în procesul de evaluare, cu atât sunt colectate, ansamblate și interpretate informații multiple despre starea, funcționarea și evoluția copilului diagnosticat cu autism.

Cercetarea va fi efectuată pe un eșantion de 10 de subiecți, cu vârste cuprinse între 4 și 12 ani, încadrați într-un mediu școlar normal și special. O parte dintre acești subiecți ai cercetării sunt elevi în cele două Centre Școlare pentru Educație Incluzivă din orașul Constanța, iar ceilalți sunt integrați în grădinițe și școli cu învățământ normal. Familiile copiilor provin atât din mediul urban cât și mediul rural. Nu există o ponderare între proveniența urbană sau rurală a familiei.

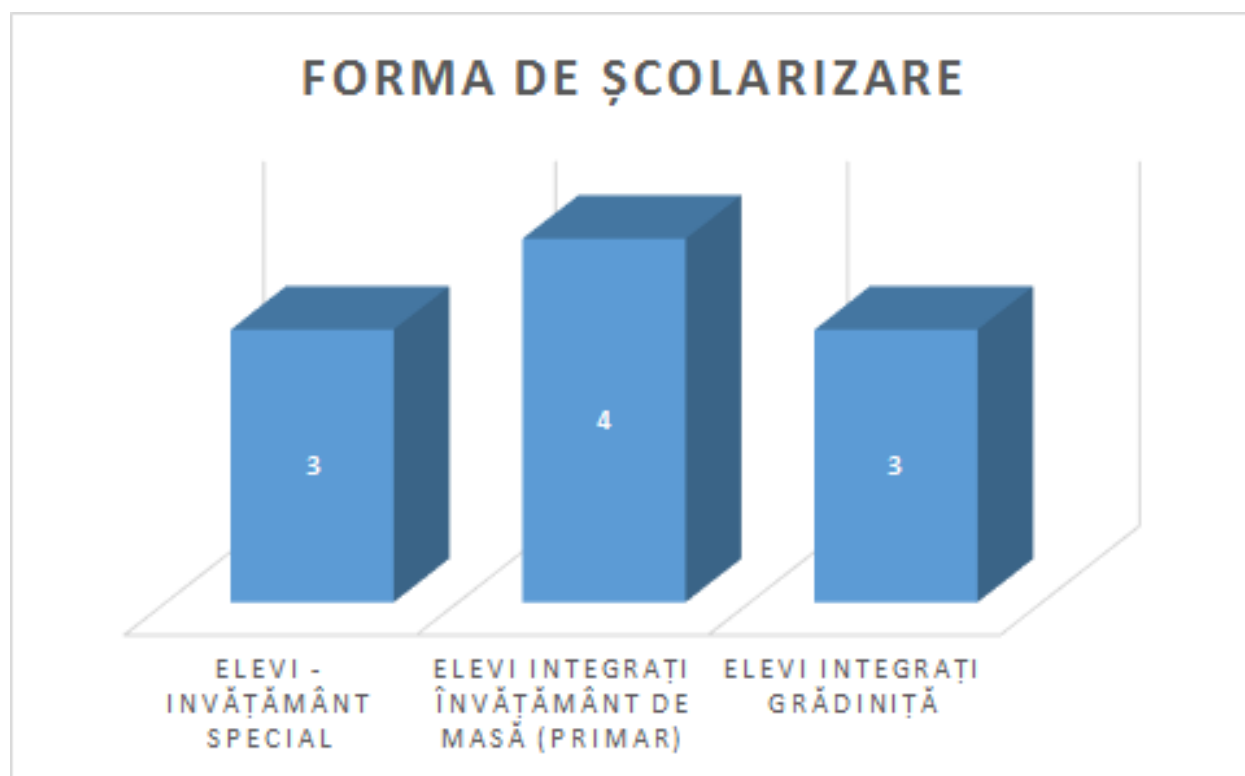
Subiecții participanți la studiu au fost diagnosticați în prealabil cu autism, aceasta fiind și una din condițiile selectării lor pentru acest demers de cercetare. În prima etapă a cercetării a fost aplicată Scala CARS pentru a evidenția mai bine nivelul de încadrare al subiecților în sfera autistă.

Așa cum reiese și din graficul ce va fi prezentat, putem să observăm că 66% dintre subiecți au un diagnostic de autism mediu, iar 33% sunt încadrați cu autism sever.

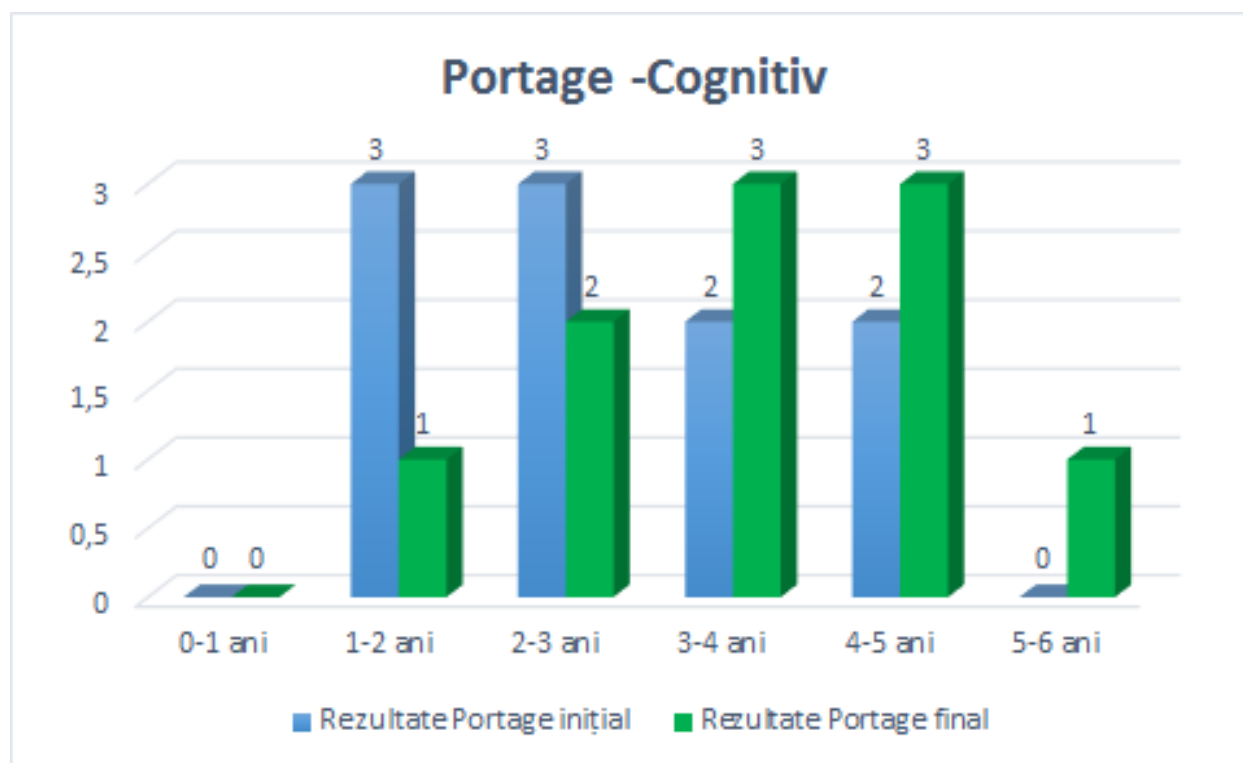
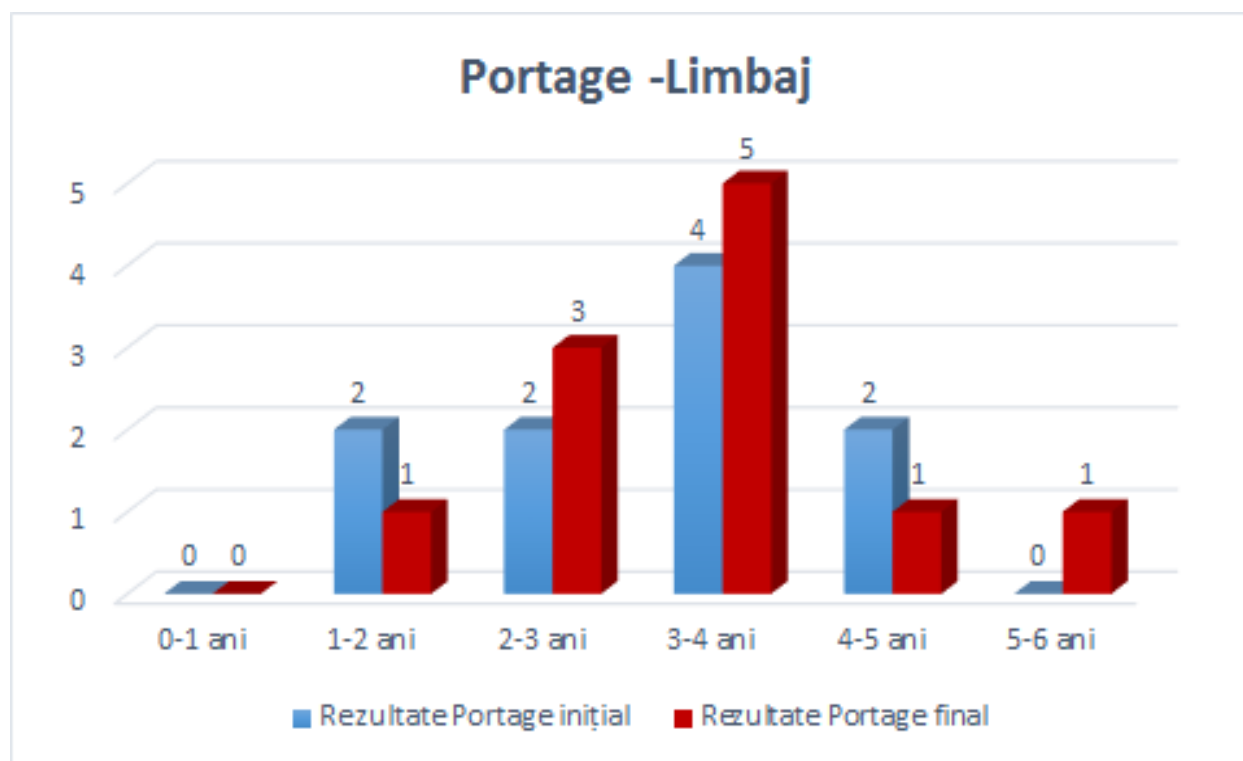
Din aceste informații reiese că, o parte semnificativă din lotul de subiecți prezintă abilități scăzute de comunicare și relaționare și comportamente inadecvate, aceștia fiind principalii indicatori, care descriu tabloul de diagnostic pentru această tulburare de dezvoltare.



Din diagrama precedentă putem să observăm că în 7 din cele 15 arii evaluate, nivelul de dezvoltare este mediu anormal, pentru celelalte înregistrându-se un nivel mediu ușor anormal. Aceste informații ne ajută la descrierea cât mai adecvată a lotului de subiecți participanți și la formularea și structurarea intervenției psihopedagogice în vederea atingerii obiectivelor propuse.



Lotul de subiecți are următoarea componență, sub aspectul formei de școlarizare urmate: 3 elevi, cu vârsta cuprinsă între 6 - 12 ani sunt înscriși în învățământul special; 4 sunt înscriși în învățământul normal clasa pregătitoare – a III-a, 3 copii sunt înscriși în grădinițe normale. 2 dintre cei înscriși în învățământul special provin din mediul rural, iar ceilalți din mediul urban.



Programul de intervenție structurat a fost realizat pornind de la acest tablou simptomatic comportamental. Activitățile propuse au încercat să compenseze capacitățile scăzute de exprimare

lingvistică, și să ofere un set de instrumente și modalități prin care copiii cu autism să poată să își exprime trăirile interioare și să își comunice nevoile într-o manieră funcțională.

Progresele au fost înregistrate la nivel global (așa cum a fost evidențiat în urma analizelor statistice) dar și la nivel individual, fapt evidențiat din studiile de caz realizate.

Cele 4 studii de caz prezintă evoluția copiilor care deși au un diagnostic identic (autism infantil), au un tablou simptomatologic unic. Punctele comune înregistrate au fost pentru fiecare caz și constituite efectele pozitive pe care le-au avut metodele alternative utilizate.

Prin activitatea ludică, copilul capătă informații despre lumea în care trăiește, intră în contact cu oamenii și cu obiectele din mediul înconjurător, învață să se orienteze în spațiu și timp. În timpul acesta, copilul intră în contact cu alți copii sau cu adultul, astfel ludicul dobândește un caracter social.

Activitatea ludică are la bază efectul armonizator, realizat, sub forma unei concordanțe subiective între dorință și putință. Datorită acesteia, copilul găsește în joc un răspuns pozitiv la încercările sale mascate de a fi înțeles și o confirmare a sentimentului propriei valori. Activitatea ludică constituie un sprijin necesar în organizarea evaluării, având în vedere faptul că, monotonia produsă de formele stereotipe ale exercițiilor produce plictiseala. Prin aceasta, evaluarea este mai eficientă și totodată antrenantă, dar și o modalitate de colectare, interpretare a informațiilor despre starea, funcționarea sau evoluția viitoare a copilului diagnosticat cu autism.

Bibliografie:

- Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, Ediția a IV-a revizuită, Editura Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.
- Andres, M. & Koenig, K., Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, vol.9, January, 1999.
- Buică, C. B., Bazele defectologiei, Editura Aramis, București, 2004.
- Cerghit, I., Sisteme de instruire alternative si complementare. Structuri, stiluri și strategii, Editura Aramis, Bucuresti , 2002.
- De Bruin, C., Give me 5. Dă-mi o mână de ajutor. Pedagogie modernă pentru lucrul cu persoane cu autism, Editura Fides, Iași, 2008.
- Exkorn, K. S., Să înțelegem autismul, Editura Aramis, București, 2010.
- Gherguț, A., Evaluare și intervenție psihoeducațională. Terapii educaționale, recuperatorii și compensatorii, Editura Polirom, Iași, 2011.
- Gherguț, A., Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluzive în educație, Editura Polirom, Iași, 2006.
- Hermelin, B., O'Connor, N., Psychological experiments with autistic children, Pergamon Press, Oxford, 1970.
- Kanner, L., Autistic disturbances of affective contact. Nerv. Child Journal 2: 217 – 50, 1943.
- Koenig, K., Practical Social Skills for Autism Spectrum Disorders, 1st edition A Norton professional Book, London, 2012.
- Leaf, R. & McEachin, J., Ghid de terapie ABA, partea 1 – Strategii de modificare a comportamentului copiilor autiști, Editura Frontiera, București, 2009.
- Leaf, R. & McEachin, J., Ghid de terapie ABA, partea 2 – Programe de intervenție, Editura Frontiera, București, 2011.
- McClannahan, L. E. & Krantz, P. J., Activity Schedules for Children with Autism: Teaching Independent Behavior, 1999.

- Minulescu, M., Bazele psihodiagnosticului, Editura Universității Titu Maiorescu, București, 2001.
- Mitrofan, N., Testarea psihologică a copilului mic, Editura Mihaela Press, București, 1997.
- Munteanu, A., Experiența Atlantis, Editura Augusta, Timișoara, 2001.
- Peeters, Th., Autismul. Teorie și intervenție educațională, Editura Polirom, Iași, 2009.
- Rădulescu, M. Șt., Pedagogia Freinet – un demers inovator, Editura Polirom, Iași, 1999.
- Seach, D., Jocul interactiv pentru copiii cu autism, Editura Fides, Iași, 2011.
- Stufflebeam, D. L. & CO., L'evaluation en education et la prise de decision, Les Editions NHP, Ottawa, 1980.
- Vera, L. & Leveau, J. & Vera, L. P., Terapia cognitiv – comportamentală la copii și adolescenți, Editura Polirom, Iași, 2011.
- Verza, E., Psihodiagnoza și prognoza în defectologie. Revista de psihologie nr. 4, București, 1987.
- Verza, E. Ș & Verza, F. E. (coord.), Tratat de psihopedagogie specială, Editura Universității din București, 2011.
- Vršmaș, E. & Oprea, V., Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități, Editura MarLink, București, 2003.
- Vršmaș, E., Introducere în educația cerințelor speciale, Editura Credis, București, 2004.
- Vršmaș, E. & Vršmaș, T., Succesul și insuccesul școlar: cauze și mecanisme Strategii de abordare psihopedagogică a dificultăților de învățare în pregătirea psihopedagogică - manual pentru definitivat și gradul didactic II, Editura Polirom, Iași, 2008.
- Vršmaș, E., Dificultăți de învățare în școală – domeniu nou de studiu și aplicație, Editura V & I Integral, București, 2012.
- Vlad, M., Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială, Editura Fundației „Gheorghe Marin Speteanu”, București, 2009.
- Vlad, M. (coord.), Curriculum național pentru învățământ special și special integrat. O abordare modernă de tip european, Editura Spiru Haret, Iași, 2010.
- Volkman, F., Wiesner, G., Autism and related disorders. In Developmental Behavioral Pediatrics, 4th ed, Carey WB, Crocker AC et al, Saunders Elsevier, Philadelphia, 2009.
- Willaye, E. & Marerotte, G., Evaluare și intervenție în cazul comportamentelor provocatoare. Autism și / sau deficiență intelectuală, Editura Fides, Iași, 2012

IMPACTUL JOCULUI ASUPRA COMPORTAMENTULUI COPIILOR

Profesor psihopedagog Cojocariu Amalia
Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă Arad

Jocul poate fi definit ca poarta copilului spre lume și este activitatea în care copiii se pregătesc pentru viața social și viața de adult. Jocul, ca activitate de bază a copilăriei, se definește prin bucurie, satisfacție și stare de bine.

Abilitățile de joc sunt calități ale copiilor de a imita, de a manipula obiecte, de a oferi și a primi, de a comunica și a fi în interacțiune la început cu adulții și mai apoi cu covârșnicii, de a aștepta rândul, de a conduce și a accepta să fie condus, de a câștiga și de a învăța să piardă, de a avea empatie și

imaginație, și de a crea împreună cu alți copii. Toate aceste abilități permit copilului să-și facă prieteni și să fie parte a unui grup.

Barierile pe care le întâmpină în joc copiii cu CES sunt multiple, printre ele amintim: să-și îndrepte atenția spre alți copii, să-I urmărească și să-I imite, să interpreteze și să răspundă la semnalele sociale transmise de ceilalți copii, să interacționeze adecvat și să-și facă cunoscute dorințele.

Pentru a învăța copiii speciali să se joace, propunem o „Scala de înregistrare a comportamentelor de joc (KALA)”. Țările nordice folosesc această scală în toate școlile speciale, ea a fost tradusă din limba norvegiană de psihologul Gabriela Vilhelmsen care este psihopedagog și consilier la Centrul Pedagogic Årstad, Serviciului Psihologic și Pedagogic din Bergen, Norvegia.

Scala înregistrează jocul sub 12 aspecte, evaluează dezvoltarea jocului în sine și nu jocul în diferitele stadii ale dezvoltării, nu este un test de diagnostic ci este o modalitate de a descoperi carențele pe palierul social al copiilor. Ea creează o imagine amplă asupra comportamentelor de joc ale copiilor și este un punct de plecare în stabilirea unor obiective terapeutice – de joc și în crearea unui plan de intervenție.

Intervenția terapeutică în învățarea comportamentelor de joc la copiii speciali cuprinde trei pași:

A. Înregistrarea comportamentelor de joc pe care copilul le are la momentul începerii intervenției terapeutice.

Pentru a avea o imagine clară a punctului de pornire și a nivelului de joc la care se află copilul îi observăm jocul în diferitele lui activități de la grădiniță, apoi completăm scala. Astfel vom avea o imagine clară și repere în ceea ce privesc: dimensiunile cognitive și sociale, componentele jocului, modul în care se raportează la jucării și la ceilalți copii, măsura în care folosește limbajul și reprezentările, gradul în care își asumă rolurile jocului, cum este acceptat sau cum accept copii în jocul lui, respectarea regulilor sociale și modul de rezolvare a conflictelor.

B. Stabilirea obiectivelor terapeutice.

În această etapă alegem jocul/tipul de joc pe care dorim să-l dezvoltăm. Este important ca jocul ales să fie în zona proximei dezvoltări a copilului, adică să reușească să-l învețe cu ajutorul terapeutului.

De exemplu, în cazul în care obiectivul terapeutic ales este exersarea jocului de rol pentru a crește abilitățile copilului vis-a-vis de tematica: ”Familie și meserii”, implementăm jocul „Magazinul”.

C. Intervenția terapeutică. Această etapă cuprinde 6 pași:

1. Planificarea

În această etapă răspundem la următoarele întrebări:

- Cu ce ne jucăm? Jucăriile necesare în cazul jocului „Magazinul” ar fi: casa de marcat, produse de cumpărat, coș de cumpărături, bani...
- Ce copii vor fi în grupul de joacă?
- Unde se va desfășura jocul?
- Cum creez copiilor o imagine adecvată asupra jocului și cât mai aproape de realitate?

Pentru aceasta, este important să cunoască și să înțeleagă conceptele și etapele activității de cumpărare/vânzare.

2. Organizarea

În această etapă se descriu secvențele jocului, iar acest lucru se poate face cu ajutorul cărților sau a acțiunilor secvențiale. Acțiunile secvențiale cuprind pictograme cu pașii necesari unei activități, iar copilul le așează în ordine, le denumește, le descrie...

Tot în această etapă se planifică jocul, se stabilesc rolurile, se stabilește când și cum se schimbă rolurile.

3. *Punerea în practică*

Se începe jocul în acord cu cele planificate, iar copilul special este susținut de terapeut, care pe măsură ce copilul își însușește comportamentele așteptate se retrage, dar rămâne în încăperea ca observator.

4. *Autoreglarea*

Această etapă este necesară pentru cazul în care copiii încep să se abată de la planul inițial, iar terapeutul este cel care readuce jocul pe firul stabilit și aplanează eventualele conflicte.

5. *Monitorizarea*

În etapa de monitorizare, terapeutul are rol de observator, el notează intențiile spontane de joc, tipul de relații dintre copii. Tot aici, terapeutul își poate atribui rolul de administrator în care poate aduce noi elemente de joc.

6. *Reevaluarea*

Aici se reia schema de înregistrare a comportamentelor de joc și se face diferența între starea inițială a jocului și starea finală.

Noi folosim destul de des Schema de joc „KALA” care cuprinde date importante referitoare la următoarele specte:

1. dezvoltare în joc (dimensiunea cognitivă și cea socială)
2. aspecte ale jocului în sine
3. folosirea reprezentării mentale în joc
4. component în joc (joc de rol)
5. raportarea copilului la jucării, obiecte și alte materiale de joc
6. funcția limbajului
7. funcția de lider
8. rezolvarea conflictelor tensiunilor și neînțelegerilor
9. rezistență/ angajament
10. interacțiune
11. descrierea comportamentului
12. părere general despre comportamentul copilului

Fiecare secțiune este atent cotate în mod corespunzător, pe baza unei observații directe a comportamentului copilului din timpul jocului.

Bibliografie

- Sorensen, K. Godtfredsen, M, Modahl, M. og Lerdal, B (2011). Egenledeise I lek og learning. Norwegian Academi Press
- Hoven, G (1999) Veiledningstil KALA. Trondelag Kompetansesenter
- Lillemyr, O.F. (2001). Lek pa al alvor Universitetsforlaget.
- Kelemen, Gabriela, (2012), *Psihopedagogia jocului*, Editura Universității “Aurel Vlaicu” Arad.

IMPORTANȚA ȘI ROLUL LIMBAJULUI ÎN FORMAREA PERSONALITĂȚII COPIILOR MICI

Prof. înv. preșc. Șerban Cristina
Grădinița P.P. Nr.42 Constanța

Prima perioadă a vieții este considerată definitorie pentru dezvoltarea psihică, cognitivă și emoțională a unui copil. Dezvoltarea sănătoasă pentru un copil, inclusiv cel cu nevoi speciale preupune ca acesta este să crească într-un mediu securizat din punct de vedere social, emoțional și educațional.

Între naștere și sfârșitul adolescenței dezvoltarea copilului este marcată de schimbări biologice, psihologice și emoționale care fac trecerea de la dependența față de persona de atașament la creșterea autonomiei și independenței. Dezvoltarea psihomotorie are un parcurs continuu și previzibil, unic pentru fiecare copil. Acest proces nu este liniar și fiecare etapă este influențată de experiențele de viață și dezvoltarea precedentă.

Studiul dezvoltării copilului din perspective diferite:

- teoriile psihanalitice ne spun că, copiii trec prin diferite stadii în care se confruntă cu conflictele dintre căile biologice și așteptări sociale
- teoriile comportamentale și de dezvoltare socială, pun accent pe dezvoltarea mediului și îngrijire în dezvoltarea copilului;
- teoriile biologice amintesc despre faptul că, ereditatea și procesele biologice înnăscute guvernează creșterea
- teoriile cognitive susțin că dezvoltarea este un proces în care copilul trece de la problemele simple la înțelegerea abstractă și complexă a lumii

Importanța dezvoltării limbajului

Principalul motiv de îngrijorare al părinților este întârzierea în dezvoltarea limbajului. Frecvent părinții se ghidează după evoluția celorlalți copii de aceeași vârstă pe care-i cunosc. Conform unor studii demografice, 1 din 5 copii va învăța să vorbească sau să folosească cuvintele mai târziu decât alți copii de vârsta lui. Întârzierea în achiziționarea limbajului este de trei până la patru ori mai frecventă la băieți ca la fete. Frecvent unii copii afișează probleme de comportament din cauza frustrării că nu sunt în măsură să exprime ceea ce își doresc sau ceea ce au nevoie.

Semnale de alarmă

Atunci când trasăm punctele de reper în dezvoltarea copiilor, trebui să ținem cont și de cazurile când aceste puncte de reper nu sunt atinse. Multe dintre comportamentele problematice ale copiilor nu sunt neapărat anormale. Sunt copii care prezintă forme mai puțin grave sau doar semne timpurii ale unei probleme în curs de dezvoltare.

Majoritatea copiilor care prezintă tulburări de comunicare pot prezenta:

- întârziere în achiziția cuvintelor singulare sau în formularea propozițiilor simple sau complexe;
- exprimare limitată;
- risc de a prezenta tulburări de învățare

Tulburările de limbaj

Conform celor două manuale de diagnostic, întârzierile în dezvoltarea limbajului în DSM se regăsesc sub denumirea de tulburări de comunicare și în ICD se regăsesc sub numele de tulburări de dezvoltare a limbajului.

1. Tulburarea de limbaj expresiv(TLE)

Acest tip de tulburare se poate observa încă din perioada timpurie. Aceasta se caracterizează printr-un vocabular limitat pentru etapa de vârstă a copilului, formularea verbelor la timpul greșit, dificultate în a formula cuvinte și în pronunție, formulare deficitară a propozițiilor. Pentru identificare acestei tulburări, se folosesc teste standardizate.

Tulburarea limbajului expresiv: forma de dezvoltare. De obicei se observă după ce copilul împlinește un an de viață. Vocabularul copilului este sărac, cu deficiențe de pronunție, dar există contact vizual, copilul execută sarcini la cerere, comunică non-verbal cu părintele pentru a-și exprima diferite nevoi. Există posibilitate ca pe viitor să asocieze și tulburări de conduită, anxioase sau depresive. Copilul evoluează favorabil când este integrat în programe logopedice de recuperare de la vârste mici.

Tulburarea limbajului expresiv: forma dobândită se poate instala la orice vârstă după o perioadă de dezvoltare tipică la copii ce achiziționaseră deja limbajul. Aceste simptome se instalează în urma unor intoxicații, infecții, traumatisme sau crize epileptice. Se consideră că 2/3 dintre copii cu TLE forma dobândită au o evoluție favorabilă.

Pentru a interveni eficient în acest tip de tulburare, se recomandă următoarele tipuri de exerciții:

- copilului i se pun la dispoziție imagini sugestive și i se cere să compună propoziții logice cu cuvintele date;
- încercuiește imaginea care nu reprezintă un animal;
- încercuiește imaginile care nu reprezintă alimente;
- colorează imaginile corespunzătoare cuvintelor care încep cu sunetul r.

2. Tulburarea de limbaj receptiv

Este o tulburare specifică de dezvoltare în care limbajul este sub nivelul vârstei sale cronologice. Copilul nu poate decodifica sensul cuvintelor, deși înțelege limbajul non-verbal, achiziționează cu greutate cuvinte noi, înțelege cerințele adulților doar dacă sunt însoțite de expresii gestuale, conformarea la regulile unui joc îi creează greutate deoarece nu le înțelege, deseori este atenționat în timpul jocului că „nu este atent”. Pentru a emite corect sunetele, copilul trebuie să recepteze corect atât sunetele emise de adulți, cât și propria emisie sonoră.

În etapa de început a învățării și dezvoltării limbajului, copilul pronunță cuvintele fiind interesat doar de sens și de mesaj. Abilitățile dobândite în perioada preșcolară sunt predictorii pentru corespondența dintre complexul sonor și reprezentarea grafică.

Ținând cont de rolul conștiinței fonologice în tulburările de limbaj, un program de educarea conștiinței fonologice (sub formă de exerciții și jocuri) care se aplică încă din perioada preșcolară are un efect major asupra ameliorării tulburărilor de limbaj. Conștiința fonologică se antrenează pe etape: conștiința propoziției, conștiința cuvântului, conștiința silabei, conștiința fonemului.

Exerciții specifice formării capacității de analiză și sinteză la nivelul propoziției:

- Copilul face atâția pași câte cuvinte sunt în propoziție.
- Copilul bate din palme pentru fiecare cuvânt din propoziție.
- Copilul selectează dintr-un grup, imagini cu cuvintele auzite într-o propoziție enunțată de cadrul didactic

3. Balbismul

ICD 10 încadrează această tulburare în cadrul tulburărilor emoționale și de comportament. Simptomele balbismului au la bază deficiențe în cursivitatea vorbirii. Vorbirea se caracterizează prin repetarea sau prelungirea anumitor silabe sau cuvinte, sau prin pauze și ezitări în pronunție care afectează fluența vorbirii. Acest tip de tulburare este mai frecventă la băieți iar remisia spontană se întâlnește în 80 % din cazuri.

Recomandări pentru cadrele didactice din învățământul preșcolar în cazul tulburărilor de ritm și fluență (balbism).

Balbismul nu se manifestă permanent. Starea psiho-afectivă a preșcolarului atenuează sau amplifică balbismul. În momentul în care copilul conștientizează situația jenantă, se bălbăie și mai tare. El poate fi marcat de acesată neputință, prin afectarea personalității.

Recomandări:

- vorbim calm cu pauze dese;
- nu imităm comportamentul verbal al copilului;
- nu întrerupem copilul în timpul discursului;
- nu-l criticăm;
- nu-l punem în situații jenante
- îl încurajăm permanent când înregistrează progrese;
- îl asigurăm ca-l acceptăm așa cum este;
- îi citim povești terapeutice cu personaje pozitive, finalul poveștii să corespundă cu modelul de depășire a problemei;

Un aspect esențial în depășirea situațiilor dificile îl reprezintă educarea respirației. Exercițiile vizează inspirația și expirația:

Pentru expirație: suflăm nasul în batistă, suflăm aerul pe dosul mâinii, umflăm balonul, stingem lumânarea, suflăm în apă cu paiul

Pentru inspirație: mirosim florile, mirosim parfumul....

Pentru inspirație diferențiată: 3 timpi inspir și 5 timpi expir, inspirație alternativă pe o nară și pe cealaltă, inspirația pe gură, expirația pe nas, expirația pe gură, inspirația lungă, expirația lungă (30 secunde)

Exerciții utile în dezvoltarea respirației verbale:

- exerciții de pronunție a vocalelor, prelung, rar, fără efort în timpul unei expirații
- exerciții de pronunție a unor consoane însoțite de vocale pe durata unei expirații (ma, me...)
- exerciții ritmice de respirație, însoțite de mișcare și cântec, mersul cu poezie...

Cel mai facil mod de a practica acest tip de exerciții este indicat a se realiza în timp ce ei execută o altă activitate (desen, jocuri de construcție, pictură).

Copilul afectat de balbism poate îndeplini prin intermediul păpușilor anumite jocuri. Pentru început se recomandă interpretare prin intermediul mimicii și gesticii, apoi vor avea un bagaj lexical redus care să conțină formule ce se repetă. Recuzita, gesturile mimica și formulele stereotipe îl ajută pe copil în demersul său unic de a-și depăși timiditatea.

Abordarea terapeutică a tulburărilor de limbaj

Presupune exersarea unor tehnici logopedice care urmăresc îmbunătățirea pronunției, elaborarea discursului, corectarea greșelilor de exprimare, formularea cuvintelor de legătură pentru dezvoltarea propozițiilor simple.

În reușita acestor intervenții, foarte important este rolul familiei unde se recomandă provocarea copilului pentru exprimarea verbală a nevoilor. Studiile de specialitate relevă o îmbunătățire a limbajului de 50-80% până la intrarea la școală.

Bibliografie:

- Gherguț, A., (2013) „, Sinteze de psihopedagogie specială”, Ed. Polirom, Iași.
- Pop, A.,(coordonator),(2020), „Ghid metodic logopedic pentru cadrele didactice din învățământul preșcolar”, Tg Mureș.
- Dobrescu,I., (2003), „Psihiatrie pediatrică”, Ed. Medicală, București.
- Ciofu, E., Ciofu C.,(2001) „, Pediatria- tratat”, Ed. Medicală, București.

ROLUL RESPIRAȚIEI ÎN CORECTAREA PRONUNȚIEI PROGRAMUL PRAAT

Profesor logoped Moroianu Diana
C.Ș.E.I. „Maria Montessori” Constanța

După cum știm, respirația este indispensabilă supraviețuirii dar, aceasta deține un rol fundamental și în actul vorbirii. Cu toate acestea, respirația necesară pentru emiterea sunetelor nu este aceeași cu respirația metabolică. Prin urmare, vocea și puterea acesteia, producerea sunetelor și fluența vorbirii sunt posibile doar datorită unei respirații corecte. De aceea, *terapia logopedică trebuie să implice nemijlocit și exerciții de respirație*. Acestea au drept scop următoarele: *postura corectă, controlul asupra aerului inspirat/expirat, întărirea diafragmei și dezvoltarea respirației diafragmice*.

Totodată, sunetul reprezintă o noțiune fundamentală, indispensabilă în actul vorbirii. Conform literaturii de specialitate (Gîrbea, Cotul, 1967), „sunetul este definit ca mișcare ondulatorie, vibratorie a moleculelor unui corp (uman sau material) care se propagă în mediul înconjurător” iar „mișcarea oscilatorie se realizează într-o anumită perioadă de timp (din punct de vedere acustic perioada reprezintă timpul necesar unei oscilații complete)”.

De asemenea, aceste oscilații (vibrații) pot fi periodice (ritmicitate constantă) ori neperiodice (mai puțin stabile din punct de vedere acustic): „Oscilațiile periodice mai sunt denumite și tonuri, sunetele vorbirii caracterizate prin tonuri, prin oscilații periodice sunt vocalele, în timp ce oscilațiile neregulate sunt denumite zgomote, acestea fiind caracteristice pentru consoane.” (Neamțu, 2008)

Foarte important de abordat este *periodicitatea sunetelor*, atât în tulburările de pronunție cât și în cele de ritm și fluență, acolo unde dimensiunea temporalității sunetelor vorbirii este afectată în mod direct. Durata sunetelor în vorbire se află în strânsă legătură cu volumul respirator, conformația organelor fono-articulatoare, dar și cu gestionarea inspir-expirului.

De asemenea, „mișcarea ondulatorie a sunetului este caracterizată și prin **frecvență**, adică prin numărul de perioade sau oscilații complet efectuate într-o secundă” (Gîrbea, Cotul, 1967). În literatura de specialitate (Rosetti, Lăzăroiu, 1982; Bodea-Hațegan, 2016, p.93), găsim o explicație clară asupra acestui subiect:

Vocea înaltă - produsă deci pe o gama de frecvențe înalte, este specifică genului feminin și copiilor - frecvența cea mai joasă(frecvență fundamentală) :

- la copii se întinde, cu aproximație în intervalul 300-350 Hz
- la femei se întinde în intervalul 180-220 Hz

Vocea gravă - produsă pe o gamă de frecvențe joase este specifică bărbaților

- frecvența fundamentală la aceștia: 120-150 Hz

Prin urmare, frecvența sunetelor vorbirii se află în strânsă legătură cu lungimea corzilor vocale.

Altă dimensiune acustică a sunetelor prezentată de către specialiștii mai sus menționați, este cea a **intensității** sunetelor - aceasta fiind dependentă de volumul suflului respirator, precum și de gradul de deschidere al glotei. Din punct de vedere al intensității, vorbirea umană se articulează în jurul a 30-40 de decibeli.

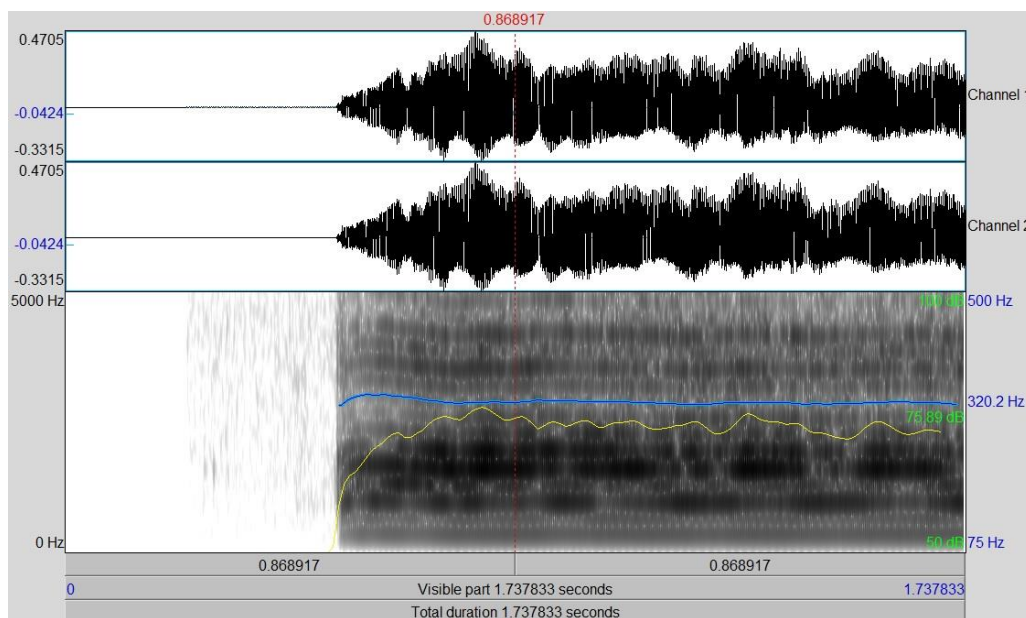
Ultimă caracteristică a sunetului este **timbrul** (rezonanța) - există, pe lângă frecvența fundamentală a sunetelor, și anumite vibrații secundare ce iau naștere în urma propagării sunetului la nivelul cavităților supralaringiene - acestea se numesc armonice.

Așadar, problematica periodicității limbajului, începând cu aspectele de fizică acustică, deține un rol fundamental în terapia acestuia, ea trebuind a fi abordată în raport cu particularitățile de vârstă și de diagnostic ale fiecărui caz.

Programul Praat - este un program pe calculator ce permite foneticienilor să analizeze, sintetizeze și să manipuleze vorbirea, dar și să creeze imagini de înaltă calitate pentru articole și lucrări de specialitate. De asemenea, acest program permite vizualizarea particularităților acustice ale vorbirii sub diferite forme: *reprezentare pe frecvențe*, *reprezentare spectrală*, *cohleogramă* ori *spectrogramă*.

De asemenea, *Praat* permite generarea de spectrograme în nuanțe alb-negru și înregistrează sunetele mono și stereo într-un interval de frecvență cu valori între 0 și 96.000 Hz, valoarea optimă indicată fiind cuprinsă în intervalul 0-5.000 Hz. (Bodea-Hățegan, 2016, p.127)

Prin urmare, vă prezint în continuare două spectrograme generate de programul *Praat*, ce reprezintă sunetul în cele două ipostaze: înainte și după efectuarea exercițiilor de respirație de către subiect în terapia tulburărilor de limbaj:



Spectrograma 1

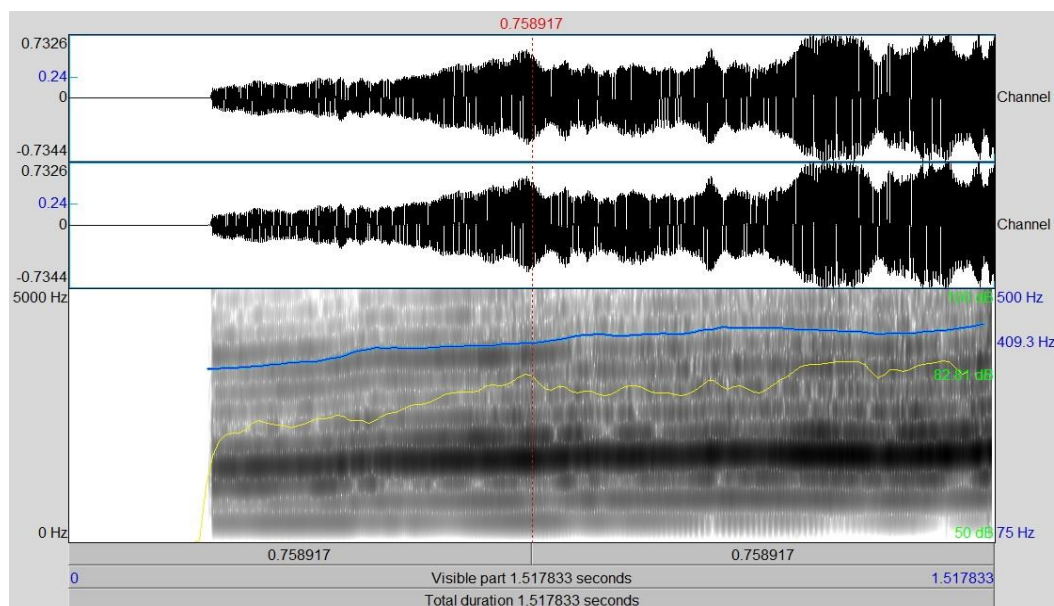
Imaginea mai sus prezentată arată spectrograma sunetului *înainte* de efectuarea exercițiilor de respirație. După cum putem observa, în prima etapă înălțimea sunetului este constantă - în schimb, intensitatea nu.

Prin urmare, datele procesate de către program vor fi următoarele:

Intensitatea medie a sunetului	75.88961377695028 dB
Frecvența medie a sunetului	321.258929 Hz
Înălțimea sunetului	3.801 Hz sau 0.2028 semitonuri
Bruiajul sunetului (Jitter)	0.348%
HNR (raportul armonice-zgomot)	16.711 dB

Tabelul 1. Date statistice în urma analizei inițiale ale sunetului

Așadar, putem observa că în cazul acestui subiect intensitatea medie a sunetului rostit este de aproximativ 76 dB, frecvența de 321.258929 Hz, iar raportul armonice-zgomot (timbrul) de 16.711 dB.



Spectrograma 2

Imaginea de mai sus reprezintă spectrograma sunetului *după* efectuarea exercițiilor de respirație. Linia albastră reprezintă înălțimea sunetului, iar cea galbenă intensitatea acestuia. În spectrograma aceasta observăm că înălțimea și intensitatea sunetului sunt mult mai sus decât în cea anterioară.

Așadar, datele procesate de către program vor fi următoarele:

Intensitatea medie a sunetului	82.81391995627858 dB
Frecvența medie a sunetului	412.088372 Hz
Înălțimea sunetului	21.2 Hz sau 0.9112 semitonuri
Bruiajul sunetului (Jitter)	0.329%
HNR (raportul armonice-zgomot)	21.099 dB

Tabelul 2. Date statistice în urma analizei finale ale sunetului

După cum putem observa, există diferențe sesizabile în ceea ce privește calitatea sunetului între cele două analize, valorile fiind vizibil mai mari, după efectuarea exercițiilor de respirație,:

Intensitatea medie a sunetului	
75.88961377695028 dB	82.81391995627858 dB
Frecvența medie a sunetului	
321.258929 Hz	412.088372 Hz
HNR (raportul armonice-zgomot)	
16.711 dB	21.099 dB

Tabelul 3. Compararea datelor statistice ale subiectului

Prin urmare, după efectuarea exercițiilor de respirație, se pot observa, în terapia logopedică, schimbări pozitive în ceea ce privește vocea și pronunția, subiectul fiind mult mai relaxat.

Bibliografie:

- Bodea-Hațegan,C.(2016), Logopedia- Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise, București: Editura Trei
- Gîrbea, Ș., Cotul,G. (1967), Fonoaudiologie. Fiziologia vocii vorbite și cântate, București: Editura Didactică și Pedagogică
- Neamțu, G.G.(2008), Limbă română contemporană - morfologia, curs universitar la Facultatea de Litere, Cluj-Napoca:Universitatea Babeș-Bolyai
- Rosetti, A., Lăzăroiu, A.(1982), Introducere în fonetică, București: Editura Științifică și Enciclopedică

RECOMANDĂRI ÎN TERAPIA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ LA COPIII CU DEFICIENȚĂ MINTALĂ

Profesor logoped Rusu-Platon Carmen
C.J.R.A.E.Tulcea

Guțu M. definește tulburările de limbaj ca fiind: „toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii cât și al percepției, începând de la dereglarea diferitelor componente ale cuvântului și până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă.”

Una dintre principalele trăsături ale deficienței mintale o constituie o dezvoltare și o achiziție tardivă a limbajului, precum și frecvența crescută a tulburărilor de vorbire. Apariția întârziată a vorbirii este unul din indiciile cele mai evidente ale dezvoltării anormale a copilului în primii ani din viață. Unii autori consideră că etatea medie la care copilul normal pronunță primul cuvânt este de 1 an; la copiii cu deficiență mintală acest fenomen are loc la etatea de 2 ani. Rămânerea în urmă a copiilor cu deficiență mintală apare în mod și mai evident atunci când se ia în considerare etatea la care vorbirea începe să fie organizată sub formă de propoziții. La copiii normali, acest mod de comunicare se observă la 1 an și 7 luni, iar la mulți dintre cei cu deficiență mintală abia în jurul vârstei de 3 ani.

Se consideră că intervalul dintre pronunțarea primelor cuvinte izolate și utilizarea propozițiilor este mai semnificativ pentru nivelul intelectual decât etatea la care apare primul cuvânt. În cazul în care la un copil pronunțarea primului cuvânt are loc cu întârziere, dar la scurt timp se trece la propoziții, trebuie exclusă ipoteza că ar fi vorba de un copil cu deficiență mintală. Explicația constă în faptul că

pronunțarea unor cuvinte izolate poate avea loc pe baza unei ecolalii fiziologice, în timp ce utilizarea propoziției implică procese de cunoaștere mai complexe.

În general, cu cât deficiența intelectuală a unui copil este mai pronunțată, cu atât limbajul său apare cu mai mare întârziere și rămâne la un nivel scăzut de dezvoltare și la vârsta adultă. S-a ridicat problema măsurii în care stabilirea nivelului de dezvoltare al limbajului unui copil poate oferi date suficiente pentru aprecierea nivelului său intelectual. Cercetările efectuate în acest domeniu au scos în evidență complexitatea relației dintre cei doi termeni. În primul rând, nu orice întârziere în dezvoltarea vorbirii este un indiciu cert al deficienței mintale, deși cea mai frecventă cauză a apariției întârziate a vorbirii o constituie deficiența intelectuală. Același fenomen poate fi însă provocat și de alte cauze: boli sau anumite deficiențe organice, insuficientă stimulare verbală din partea anturajului, trăirea unui șoc afectivetc.

În cazul copiilor deficienți mintal se întâlnește deseori, la același individ, un complex de mai multe deficiențe ale vorbirii, ceea ce face ca inteligibilitatea acestuia să fie mult scăzută. Deficiența limbajului se manifestă la copiii deficienți mintal sub variate aspecte ale percepției și înțelegerii vorbirii interlocutorului, al volumului vocabularului și al complexității frazelor utilizate, al expresivității vorbirii, al articulării, fonației și ritmului vorbirii. Cu cât gradul deficienței mintale este mai pronunțat, cu atât frecvența tulburărilor de limbaj este mai mare.

Deficiențele de limbaj se manifestă și sub aspectul recepționării vorbirii, copiii cu deficiență mintală înțelegând mai greu cuvintele cu circulație restrânsă, precum și frazele complexe; în plus atenția lor se distrage atunci când vorbirea interlocutorului durează mai mult, în special în cazul în care nu se sprijină pe materiale concrete.

Prezint câteva repere metodologice în activitatea de terapie a tulburărilor de limbaj pe care logopedul le aplică și la copiii cu deficiență mintală, cu precizarea că demersul terapeutic se personalizează în funcție de gradul de deficiență al copilului:

- ✓ Crearea unor situații de comunicare în măsură să provoace copilului exprimarea senzațiilor induse de contactul cu diverse categorii de stimuli (vizuali, auditivi, tactili, gustativi), la început prin intermediul propriilor onomatopee sau cuvinte, urmate treptat, de antrenarea în verbalizări dirijate;
- ✓ Facilitarea contactului direct și activ cu obiectele și situațiile din mediul obișnuit de viață al copilului și diversificarea experiențelor senzoriale ale acestuia;
- ✓ Introducerea imaginilor care vor fixa reprezentările obiectelor acționate de copil și vor media indirect înțelegerea sensurilor și relațiilor semantice;
- ✓ Stimularea verbalizării în funcție de ritmul propriu de dezvoltare al copilului;
- ✓ Folosirea de către terapeut a unui limbaj accesibil/ simplu sub aspect propozițional și reliefa permanentă a conținutului prozodic din exprimare;
- ✓ Dezvoltarea concomitentă a componentei receptive și a celei expresive a limbajului;
- ✓ Selectarea temelor și a conținuturilor activităților trebuie să țină seama și de dorințele sau inițiativele copilului pentru a-l implica și motiva în rezolvarea sarcinilor;
- ✓ Încurajarea și recompensarea oricărei reușite a copilului;
- ✓ Evitarea monotoniei, a redundanțelor în activitate și a observațiilor critice la adresa copilului;
- ✓ Asigurarea confortului psihic și a unui climat afectiv favorabil exprimării libere.

Sfaturi de la specialiștii în logopedie pentru părinți:

- ✓ Dezvoltați mușchii maxilarului și mușchii limbii copilului prin mestecarea energică a mâncării, umflarea obrazilor, trecerea aerului dintr-un obraz în celălalt și viceversa;
- ✓ Vorbiți cu copilul exclusiv într-o limbă română corectă. Deși uneori tentația este mare, nu folosiți limbajul bebelușilor;

- ✓ Dați instrucțiunile clar și scurt, în câteva cuvinte, repetați-le dacă este necesar. Vorbiți mai puțin și utilizați propoziții scurte;
- ✓ Nu roștiți mai multe instrucțiuni împreună;
- ✓ Reduceți stimulii distractori;
- ✓ Ajutați copilul să-și organizeze materialele, să-și definească propriul spațiu, locul fiecărui obiect;
- ✓ Planificați activitățile, gândindu-vă ce veți face când copilul nu mai poate sta locului;
- ✓ Copiii nu pot să se concentreze până la finalul unui proiect. Atrageți-le atenția și susțineți-i să termine sarcina. Este important ce au început, chiar dacă nu termină toate sarcinile;
- ✓ Citiți zilnic împreună cu copilul poezii și povești scurte;
- ✓ Vorbiți cât mai des cu micuțul. Răspundeți-i cu răbdare la toate întrebările pe care le pune, încurajați-l să vă pună întrebări;
- ✓ Vorbiți corect, cât se poate de clar. Repetați de mai multe ori un cuvânt sau o frază, schimbând locul cuvintelor;
- ✓ Ajutați copilul să facă de mai multe ori pe zi exerciții pentru articularea corectă a sunetelor, articulare care permite funcționarea corectă a mușchilor care participă la pronunțarea sunetelor. În felul acesta, antrenăm organele implicate în producerea sunetelor, poziționarea corectă a buzelor, a limbii. Pentru început aceste exerciții vor fi făcute în fața oglinzii;
- ✓ Nu suprasolicitați copilul! Aceste exerciții nu ar trebui să dureze mai mult de 15-20 de minute;
- ✓ Desfășurați cu copilul diferite activități menite să-i dezvolte abilitățile motricității fine;
- ✓ Încercați să transformați totul într-un joc captivant pentru a crea o atmosferă prietenoasă, liniștită și încurajatoare, care îl va predispune pe copil să ajungă la rezultate bune.

Jocul didactic este mijlocul cel mai eficient de corectare a tulburărilor de limbaj, de dezvoltare a capacităților de comunicare verbală, deoarece el asigură participarea activă, atractivă și deconectantă contribuind prin aceasta la dezvoltarea gândirii copiilor. Prin intermediul jocului didactic se activează vocabularul copiilor, fiind principalul mijloc utilizat în corectarea pronunției și a însușirii anumitor structuri gramaticale. Astfel, copiii învață prin joc, jocul devine un mijloc de cunoaștere, copiii dezvoltându-și competențele de comunicare într-o manieră ludică și distractivă.

Nu trebuie să uităm că pentru a atinge perfecțiunea nu este necesar să facem lucruri extraordinare, ci să facem extraordinar de bine orice lucru mic pe care îl facem!

Bibliografie:

- Gheorghe, R., *Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal*, Editura Pro Humanitate, București, 2000
- Jurcău, E., *Logopedie*, Editura Universității Babeș- Bolyai, Cluj- Napoca, 2005
- Stănică, C., Vărășmaș, E., *Terapia tulburărilor de limbaj*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1997
- Verza, E., *Dislalia și terapia ei*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1977

SECȚIUNEA PRACTICĂ

PROGRAM DE EXERCIȚII PENTRU EVALUAREA STRUCTURILOR PECEPTIV-MOTRICE DE CULOARE

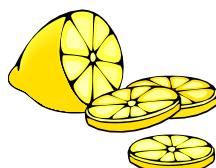
Profesor logoped Rencu Denisa
C.Ș.E.I. „Maria Montessori” Constanța

Educarea psihomotricității deține un rol important în terapia educațională a copiilor cu cerințe educative speciale, dacă ținem cont de faptul că dizabilitatea intelectuală este asociată, în general, cu dizabilitatea motrică. O evaluare corectă și o recuperare eficientă a planului psihomotric va avea ca rezultat optimizarea însușirii limbajului scris-citit.

Pentru a elimina orice fel de trăiri afective negative produse de situația de examinare sau de evaluare, probele pentru evaluarea nivelului de organizare a structurilor perceptive-motrice de culoare au fost concepute sub formă de fișe/joc cu conținut grafic atractiv.

Fișa 1 *Găsește-i perechea!*

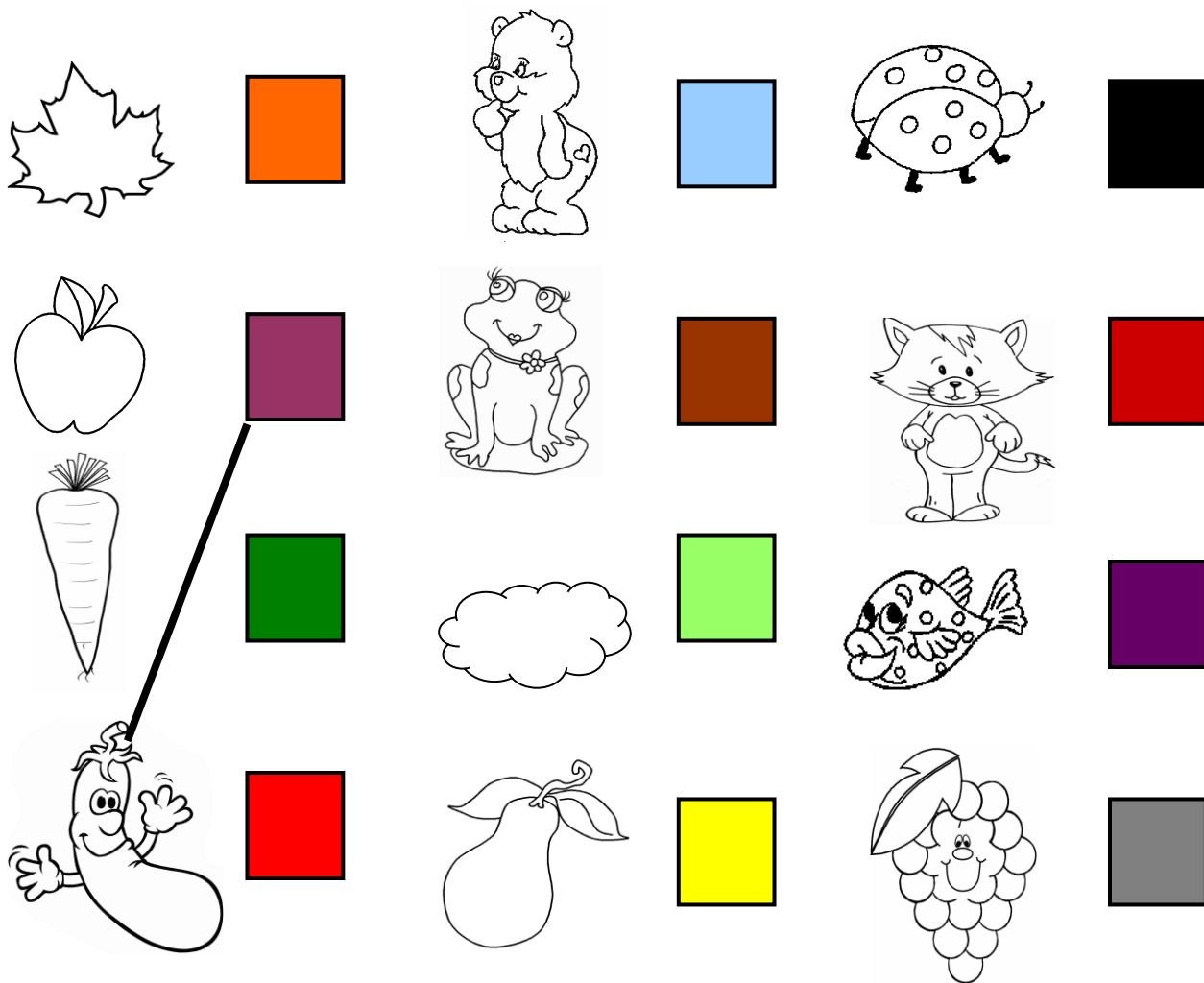
Obiectivul activității de evaluare	Cerința jocului /fișei de lucru
Discriminarea stimulilor cromatici dintr-un context perceptual complex.	Unește obiectele de aceeași culoare!



Fişa 2

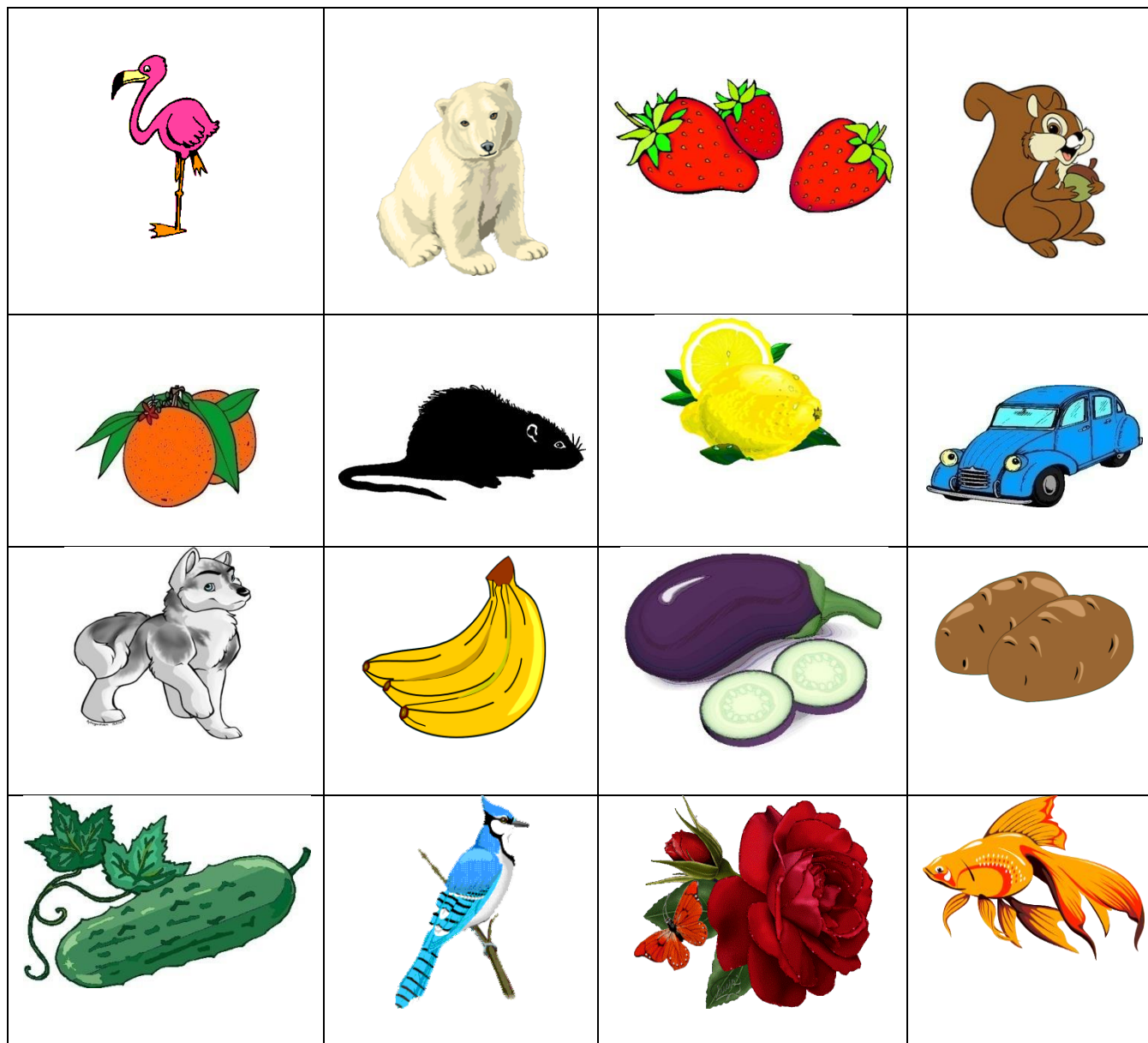
Uneşte fiecare obiect cu culoarea potrivită, apoi colorează:

Obiectivul activităţii de evaluare	Cerinţa jocului /fişei de lucru
Identificarea şi denumirea culorilor primare şi secundare.	Potriveşte imaginea la culoarea corectă!



Fișa 3

Obiectivul activității de evaluare	Cerința jocului / fișei de lucru
Discriminarea stimulilor cromatici dintr-un context perceptual complex.	Inercuiește fructele de culoare galbenă. Inercuiește floarea roșie și obiectul albastru!



JOCURILE DE MIȘCARE CA TERAPIE PENTRU COPIII CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE

Profesor kinetoterapie Bucur Emanuela
C.Ș.E.I. „Maria Montessori” Constanța

Fiecare copil cu CES prezintă particularități individuale, necesitând o evaluare și o abordare personalizată. Problema acestor copii cu cerințe educative speciale este complexă. Din această categorie fac parte atât copii cu deficiențe fizice propriu-zise, dar și copii fără deficiențe, dar care prezintă manifestări de inadaptare la exigențele școlii de masă:

- copii cu deficiențe senzoriale și fizice
- copii cu deficiențe mintale, comportamentale
- copii cu tulburări afectiv emoționale
- copii cu handicap asociat
- copii cu dificultate de învățare și cunoaștere
- copii cu deficiențe de comunicare și interacțiune

Copiii cu deficiență au aceleași trebuințe de bază în creștere și dezvoltare ca toți copiii: nevoia de afectivitate și securitate, de apreciere și întărire pozitivă, de încredere în sine, de responsabilitate și independență. Acești copii au în același timp și anumite necesități particulare, specifice și individualizate. Ei sunt la rândul lor diferiți din punct de vedere al temperamentului, capacităților, motivației, chiar dacă prezintă același tip de handicap.

Tulburările în plan intelectual cât și comportamental se influențează și se intensifică reciproc, ducând la neadaptarea copilului la școală și societate. Mulți copii sunt sau devin turbulenți în mediul familial sau școlar pentru că sunt permanent nemulțumiți în ambianța socială în care trăiesc, din cauza eforturilor la care sunt solicitați, acasă sau la școală, eforturi care depășesc deseori posibilitățile de care ei dispun. Acestor copii li se accentuează nemulțumirea și starea de disconfort psihic, de neliniște permanentă, pentru că situațiile de inferioritate continuă în care se află conduc la insuccese, cauzate în primul rând de incapacitatea de a-și însuși materiile predate. Starea de tensiune în care trăiesc acești copii, dă naștere la reacții de comportament care îngreuiază exersarea funcțiilor intelectuale și în același timp înrautătește relațiile sociale dintre copil și familie, pe de o parte, dintre copil și școală, pe de altă parte.

Acești copii, de cele mai multe ori, constituie cazuri problemă pentru familie și pentru colectivitățile normale. Dacă nu sunt depistate la timp, aceste cazuri vor duce la insuccesele școlare, neadaptările în colectiv, ca în final să culmineze cu eșecurile profesionale.

La fel ca și copilul normal, pentru dezvoltarea maximă a capacităților sale, copilul deficient mintal are nevoie de condiții specifice din punct de vedere instructiv-educativ. Aceste condiții le oferă școala specială, care îl sprijină să depășească retardul funcțiilor sale intelectuale.

În alcătuirea programelor de exerciții fizice trebuie să se țină cont de tipul și gradul de deficiență, de deficiențele asociate, vârsta copilului, etc. Un mijloc foarte eficient este **jocul**, deoarece joaca presupune pe lângă participarea fizică și participare mintală, afectivă, emoțională, de relaționare cu ceilalți participanți la joc, acest lucru ajutându-l pe copil să se integreze în societate. Jocurile vor trebui alese în acord cu tipul deficienței copiilor și vor avea caracter recreațional, astfel încât elevii să poată realiza succese, contribuind la redarea încrederii în propriile capacități.

Activitățile de grup și jocurile pot oferi copiilor cu CES, un mod plăcut și amuzant de a-și consolida și perfecționa deprinderile. Participanții la activitățile de grup și jocuri se supun "principiului participării parțiale", persoanele cu deficiențe grave având interdicție de la astfel de activități. Mulți

dintre participanți vor avea nevoie de ajutor, dar o astfel de activitate va determina o îmbunătățire a imaginii de sine, cât și a părerii celorlalți despre ei.

Pentru a concluziona în mod practic, voi descrie câteva jocuri și activități de grup:

1. **Semaforul** (captarea atenției)

Pentru fiecare culoare a semaforului se atribuie o mișcare. De exemplu la culoarea roșu, copiii vor executa o săritura ca mingea, la culoarea galben o genuflexiune iar la culoarea verde se așează în ghemuit. La semnalul stabilit de profesor (verbal prin numirea unei culori sau vizual prin arătarea unor cartonașe colorate), copiii vor executa mișcarea asociată culorii respective.

2. **Cartoful fierbinte** (apucare, transfer, prindere, dezvoltarea simțului tactil, auditiv, vizual, a atenției)

Copiii sunt așezați într-un cerc mic, și își transferă cât de repede este posibil, un obiect (cartoful fierbinte) de la unul la altul, pe muzică. Atunci când muzica este întreruptă, copilul care a rămas cu cartoful fierbinte trebuie să strige: "cartoful fierbinte, cartoful fierbinte este la..... și va numi un alt copil.". Se reia jocul odată cu începerea muzicii.

3. **Ține-l sus** (lovire, atenție)

Copiii sunt așezați într-un cerc mic. Mai multe baloane aruncate de profesor trebuie menținute de copii în aer, prin lovire, fără să cadă.

4. **Ștafeta** (combinații de activități motrice)

Copiii, așezați pe un rând, vor participa la o întrecere de deplasare (circa 2 m) până la un suport unde este o minge pe care trebuie să o lovească, după care se întoarce la rândul său, atingând pe coechipierul care trebuie să execute aceleași mișcări. Asistentul trebuie să așeze mingea pe suport. Participanții trebuie ajutați de câte ori este nevoie. Se pot folosi și alte activități motrice în cadrul ștafetei.

5. **Prinsa** (deplasare, atenție)

Unul din copii (prinzătorul), care diferă față de ceilalți prin echipament (o șepcuță, tricou) are un baston din hârtie, cu care trebuie să atingă pe ceilalți. Când un copil este atins, rămâne nemișcat până când un alt participant este atins. Jocul se repetă de mai multe ori, schimbând și prinzătorul. Mișcările copiilor trebuie să fie cât mai independente. Jocul prinsa se poate juca modificând modul de deplasare și de atingere. Poate fi inclusă și muzica sau alți stimuli.

6. **Mingea prin tunel** (acomodarea cu mingea)

Copiii sunt organizați pe un șir, cu interval de 1 m distanță față de celălalt, stând cu picioarele depărtate. La semnal, primul jucător transmite mingea printre picioare la jucătorul din spatele lui, care o transmite în continuare până când mingea ajunge la ultimul jucător. Acesta aleargă în poziția de primul jucător și continuă jocul până când redevine ultimul.

Aceste jocuri de mișcare, adaptate copiilor cu dizabilități mintale contribuie la formarea și dezvoltarea deprinderilor de joc.

Bibliografie:

- Stănescu M., Ciolcă C., Urzeală C. 2004 – Jocul de mișcare. Metodă și mijloc de instruire în educație fizică și sport. Editura Cartea Universitară, București