

LOGOS

nr. 27/ aprilie 2023



Asociația Logopezilor din România

ASOCIAȚIA LOGOPEZILOR DIN ROMÂNIA (A.L.R.)

www.logopezi.ro

COLECTIVUL DE REDACȚIE:

Redactor șef: Valeria Balaban

Redactor: Beti-Ana Cioacă

ISSN: 1841-0553

Asociația Logopezilor din România (A.L.R.) s-a constituit în 1990,
la inițiativa a 22 de specialiști în terapia limbajului și comunicării.

De-a lungul celor trei decenii, s-a încercat formarea, perfecționarea de noi
specialiști într-un domeniu atât de sensibil, de care depinde calitatea vieții.

Prin revista *LOGOS*, s-a încercat diseminarea informațiilor
despre subiecte care privesc limbajul.

Asociația a organizat de-a lungul timpului congrese, seminarii, schimburi de informații.

Revista *LOGOS* apare binual (aprilie și octombrie). Articolele colaboratorilor vor fi
trimise pe adresa **betiana.cioacă@gmail.com** în format Word, A4, la un rând și jumătate
(3-4 pagini), cu diacritice.

Articolele vor fi structurate astfel:

TITLU

AUTOR

CONȚINUT

BIBLIGRAFIE

ANEXE (dacă este cazul)

IMAGINI (dacă este cazul) trimise și separat, .jpg, .png sau .tiff)

Primul studiu care validează Metoda Piano Therapy pentru copiii diagnosticați cu autism, recunoscut la nivel internațional de comunitatea științifică

Tatiana Dănciulescu, președinte Asociația Pianotherapy, psihopedagog autonom, logoped 4

Frenul lingual restrictiv (FLR)

ADRIANA LUCIA POP, logoped Spitalul Universitar Gregorio Marañón, Madrid, Spania,
Specialist în Tulburări de Origine Neurologică și Terapie Miofuncțională Orofacială 6

Relația dintre malocluzii și problemele de vorbire ADRIANA LUCIA POP

Dr. ELA BĂNICĂ, specialist Ortodonție și Ortopedie Dento-Facială, Supra-specializare în creștere cranio-facială, dezvoltare maxilo-facială, respirație, sforăit, apnee în somn și frenuri orale restrictive 13

Rolul exercițiilor de respirație în corectarea tulburărilor de limbaj

Prof. logoped BURUIAN LAURA MARIANA,
Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională, Arad 18

Logopedie și Ventrilocie

MARICI A LADARU, ventriloc logoped 25

Stop cadru

MAGDA CERNEA, Audiolog/Psiholog 28

Idei practice de creștere a interesului pentru lectură

IOANA SANDU, Psihopedagog 32

Grafia și importanța ei în dezvoltarea personalității copilului și adultului

VALERIA BALABAN, Psiholog principal – logoped CMBRAE 36

RECENZIE:**Dislexia e superputerea mea (de cele mai multe ori)**

interviuri de MARGARET ROOKE, Ed. Gama 2017 42



Primul studiu care validează Metoda Piano Therapy pentru copiii diagnosticați cu autism, recunoscut la nivel internațional de comunitatea științifică

TATIANA DĂNCIULESCU, președinte Asociația Pianotherapy, psihopedagog autonom, logoped

Elsevier, cel mai mare portal de articole științifice din lume, a publicat primul studiu care validează Metoda Piano Therapy pentru copiii diagnosticați cu autism. Tatiana Dănciulescu, psihopedagog autonom și logoped, a pus bazele metodei Piano Therapy în România începând cu anul 2014, metoda fiind înregistrată la OSIM.

În 2018, Tatiana Dănciulescu împreună cu Alexandra Zaharia, al doilea autor al studiului, au demarat studiul pilot prin intermediul căruia au fost explorate efectele preliminare ale metodei Piano Therapy pentru copiii cu tulburări din spectrul autist.

„După ani de studiu și practică, sunt fericită să anunț validarea de către comunitatea științifică internațională a primului studiu care confirmă rezultatele metodei Piano Therapy pe care o folosim la asociația cu același nume de peste 8 ani. Îmi doresc din suflet ca un număr cât mai mare de copilași diagnosticați cu autism să beneficieze de rezultatele extraordinare pe care această metodă terapeutică le are pe **trei piloni importanți**: dezvoltarea motricității, îmbunătățirea limbajului și comunicării, dar și comportamentului“, a declarat Tatiana Dănciulescu, autor principal și fondatoarea metodei Piano Therapy în România.





În cadrul studiului publicat în *The Arts of Psychotherapy*, unul din jurnalele Elsevier, au participat 60 de copii din România, diagnosticați cu autism, 30 în grupul experimental și 30 de copii în grupul de control. Toți copiii au fost evaluați la începutul perioadei (Time 0) folosindu-se testul PEP3 – Psychoeducational Profile – Third Edition. După evaluare copiii din grupul experimental au beneficiat de două ședințe de Piano Therapy pe săptămână, timp de 4 luni, iar copiii din grupul de control și-au continuat în această perioadă programul lor obișnuit. Patru luni mai târziu (Time 1), toți participanții au fost invitați la o nouă reevaluare cu același test.

Rezultate și beneficii

Rezultatele studiului arată că participanții din lotul experimental, care au beneficiat de ședințele de Piano Therapy, au înregistrat o îmbunătățire semnificativă pe următoarele arii:

- ✓ Dezvoltarea motricității
- ✓ Îmbunătățirea abilităților de comunicare și a limbajului
- ✓ Îmbunătățirea comportamentului adaptiv.

Ce este Metoda Piano Therapy și cui i se adresează?

Metoda Piano Therapy este o metodă terapeutică complementară, dedicată copiilor diagnosticați cu autism, care are ca scop dezvoltarea motricității, a limbajului, atenției și îmbunătățirea comportamentului, cu ajutorul pianului. Această metodă folosește tehnici din analiza comportamentală aplicată și este adaptată nevoilor fiecărui copil.

Vârsta minimă de participare este de 3 ani. Ședințele sunt individuale. Unde se desfășoară ședințele Piano Therapy?

Asociația *Piano Therapy* este singurul centru calificat să ofere astfel de ședințe. Acestea se derulează sub îndrumarea unui terapeut format în metoda Piano Therapy, în ritmul și modul propriu de învățare al fiecărui copil.

Asociația a fost fondată de Tatiana Dănciulescu, psihopedagog autonom și logoped recunoscut de Colegiul Psihologilor din România.

www.pianotherapy.ro

Frenul lingual restrictiv (FLR)

ADRIANA LUCIA POP, logoped Spitalul Universitar Gregorio Marañón, Madrid, Spania
specialist în Tulburări de Origine Neurologică și Terapie Miofuncțională Orofacială

Terapia *Miofuncțională Orofacială* este o specializare în domeniul logopediei. Obiectivul său este de a preveni, evalua, diagnostica și trata dezechilibrul Sistemului Somatognat.

Sistemul somatognat este definit de Bigenzahn (2004) ca un ansamblu de structuri cuprinzând aparatul vocal (nasul și sinusurile paranazale, cavitatea bucală, buzele, limba, dinții, palatul și faringele), adică toate spațiile de aer situate deasupra glotei și implicate în articulare. Pe de altă parte, Godset al. (2013) completează această definiție explicând că sistemul somatognat nu funcționează ca o singură unitate, ci depinde de alte sisteme precum sistemul nervos sau circulator.

Logopedul se ocupă de aplicarea terapiei miofuncționale, care se definește ca un ansamblu de tehnici al căror obiectiv este evaluarea, diagnosticarea, educarea și reabilitarea mușchilor care alcătuiesc sistemul orofacial pe tot parcursul ciclului de viață. (Bartuilli, Cabrera și Periñán, 2007). Domeniile de acțiune ale acestei specializări sunt foarte largi (neonatologie, anomalii craniofaciale, tulburări neurologice, tulburări degenerative, alterații ale deglutiției și masticației în ortodonție, paralizie facială, chirurgie maxilofacială etc.), în continuare ne vom concentra exclusiv pe ceea ce are de-a face cu frenul lingual restrictiv (FLR).

Frenul lingual este o bucată mică de țesut sau mucoasă, alcătuită în mare parte din țesut conjunctiv, care merge din partea

sublinguală până la planșeul bucal, acoperind zona crestei alveolare inferioare, conectând două structuri, dintre care una este mobilă: *limba*.

Frenul lingual restrictiv: bucată de țesut sau mucoasă, situată pe partea sublinguală, care prezintă modificări ale caracteristicilor anatomice/morfologice ale frenulului și/sau caracteristicilor funcționale ale limbii (mobilitate liberă sau competență în funcțiile orofaciale).

Anchiloglosie: forma cea mai severă a frenului lingual alterat care se caracterizează prin țesut sublingual absent, excesiv de scurt sau inserat foarte aproape de vârful limbii, limitând sever mobilitatea și funcționalitatea acesteia.

Alterarea unei astfel de structuri este o anomalie de dezvoltare, în care se evidențiază o origine genetică și ereditară, care se poate caracteriza prin prezentarea unor modificări ale caracteristicilor anatomice și/sau funcționale ale limbii. Această alterare se numește **fren lingual restrictiv (FLR)** și înțelegem ca anchiloglosie cea mai gravă formă clinică, care poate fi întâlnită la bebeluși, precum și la copii, adolescenți sau adulți.

În ciuda controverselor existente în rândul specialiștilor din domeniul sănătății cu privire la denumirea, evaluarea, clasificarea acestuia etc. știm că pentru logopezii specializați în Terapie Miofuncțională Orofacială, un FLR este cel care:

1. Limitează mișcările izolate sau impli-
cite ale limbii în funcțiile orofaciale
2. Modifica modul și poziția limbii în
repaus
3. Condiționează rolul morfogenetic al
limbajului, compromițând sau agra-
vând caracteristicile maxilo-dentare.

Tocmai din acest motiv, pentru a ajun-
ge la un diagnostic corect va fi esențială
efectuarea unei evaluări exhaustive care să
incladă atât criterii anatomice cât și func-
ționale ale frenului și a limbii.

Așa cum tocmai am subliniat, FLR tre-
zește interesul diferitelor grupuri profesio-
nale precum ORL, pediatri, consultanți în
alăptare, logopezi, stomatologi, chirurgi
maxilo-faciali etc., deoarece poate duce la
diverse disfuncții, pe lângă alăptare și vor-
bire, cum ar fi înghițirea și/sau mestecatul,
modificări ocluzodentare sau parodontale,
limitări mecanice, dezechilibre postura-
le etc. În ciuda faptului că suntem câțiva
dintre noi care putem avea competență în
evaluarea unei astfel de structuri, logopezii
sunt cei care pot efectua un examen func-
țional complet, dincolo de evaluarea vizuală
a caracteristicilor morfologice ale frenului,
acordând o atenție deosebită funcționali-
tății linguale implicate în funcțiile de masti-
cație, deglutiție și vorbire.

Trebuie avut în vedere că evaluarea
funcțională nu este întotdeauna ușoară
deoarece pot apărea multiple îndoieli care
necesită cunoștințe solide în Motricitate
Orofacială pentru a le putea rezolva. Astfel,
cu scopul de a dezvălui repercusiunile di-
ferite și variate pe care această mică struc-
tură le poate provoca și cu scopul de a în-
văța evaluarea corectă a frenului expunem
caracteristicile esențiale care stau la baza
unui diagnostic adecvat ale FLR:

Aspecte **morfologice** ale frenului lin-
gual (anex 1):

1. **Țesutului:** membrană, fibră sau mus-
culară
2. **Lungime:** lung, normal, fix, scurt sau
absent
3. **Fixare apicală:** normală, ușor ante-
rioară, anterioară sau foarte anterioară
4. **Fixare mandibulară:** bifidă sau unică
5. **Culoare:** roz, palid, albicios sau alb

Aspecte **funcționale** ale competenței
linguale:

- ☐ Mobilitatea limbii
- ☐ Poziția de repaus
- ☐ Funcții orofaciale: respirație, supt,
înghițire, mestecare, vorbire etc.

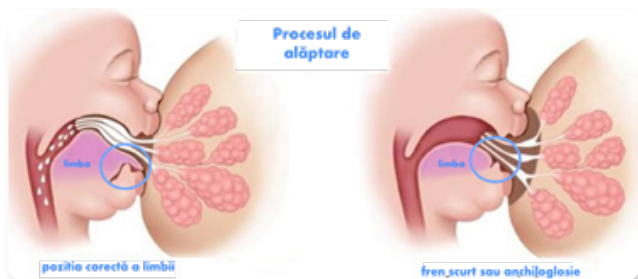
Pentru a diagnostica corect frenul lingual
restrictiv, trebuie luate în considerare:

- ✓ Importanța unei evaluări complete
morfofuncționale.
- ✓ Utilizarea instrumentelor
de evaluare protocolizate
(ex.: PEDIFL, Marchesan IQ.,
Halzelbaker AK., Martinelli R.).
- ✓ Interrelaționarea tuturor
informațiilor pentru a putea indica
un plan terapeutic individualizat și
adaptat clinic cazului.

Subliniem faptul că 99% dintre oameni
au fren lingual (un mic procent se nasc
fară), asta nu înseamnă că cei mai mulți
îl au restrictiv, de aceea o evaluare completă
este fundamentală și de o importanță
majoră. La unii pacienți, se observă un
fren scurt, dar care este adecvat din punct
de vedere funcțional, astfel încât nu este
necesară intervenția chirurgicală. *Chirurgia este indicată DOAR când funcționali-
tatea limbii este alterată.*

Simptome:

- ❑ Alăptarea necesită ca bebelușul să își țină limba deasupra gingiei din partea de jos a maxilarului, în timp ce sugă. Dacă bebelușul nu își poate mișca limba sau nu o poate ține în poziția corectă, el nu poate obține suficient lapte, nu crește în greutate, este plângăcios și agitat... ;
- ❑ Durere la alăptare, deoarece fisurile apar adesea din cauza fricțiunii și a presiunii intraorale excesive;
- ❑ Mastită datorată repetării rănilor cauzate de drenajul deficitar al glandei;



- ❑ Alterații în procesul de înghițire, masticare, degluție;
- ❑ Limitarea mișcării limbii dintr-o parte în alta, dificultatea de a scoate limba dincolo de arcadele dentare. Forma limbii când este scoasă afară, pare să fie crestată sau în formă de inimă;
- ❑ Respirație orală datorită poziției joase ale limbii în repaus;
- ❑ Dificultăți de articulare, deoarece limba nu poate fi ridicată suficient este dificil de pronunțat consoanele care necesită contactul limbii pe palat (t, d, n, l, r, z ...);
- ❑ Afecțiuni stomatologice datorate igienei incomplete a cavității bucale;
- ❑ Probleme ortodontice de tip malocluzie dentară;
- ❑ Tensiune la nivelul mușchilor cervicali și faciali.

Merită menționată poziția limbii în repaus și relația acesteia cu respirația. În timpul somnului persoana cu alterație a frenului lingual nu menține limba ridicată și lipită de palat (cerul gurii) poziția corectă a limbii în repaus, astfel încât limba se retrage și cade înapoi, favorizând ția orală, iar cavitatea faringiană se poate bloca parțial sau total. Obstrucția faringelui datorată limbii este una dintre cauzele apneei obstructive de somn.

Frenul lingual alterat produce nu numai modificări funcționale, ci și structurale. Se observă o prevalență mai mare a malocluziei dentare. Deoarece limba tinde să fie joasă și/sau înainte într-o poziție de repaus și, în loc să modeleze maxilarul superior apasă mandibula, ducând la supra-dezvoltare mandibulară și subdezvoltare maxilară. Poate duce la malocluzii de clasa III.

După cum ați văzut, această mică malformație poate provoca mari dificultăți, așa că atunci când este detectată, este indicat să se înceapă o evaluare și un tratament adecvat cât mai curând posibil.

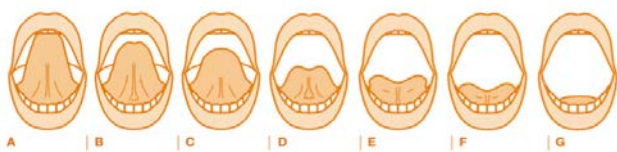
Clasificarea frenului lingual:

Frenul lingual se clasifică în funcție de lungimea și fixarea acestuia (Ventosa Y.): lung, scurt, anterior, posterior.

- ✓ **Frenul lingual normal** se observă atunci când gura este maxim deschisă și vârful limbii atinge palatul. (A)
- ✓ **Fren lingual restrictiv:**
 - lung - lungime normală și fixare anterioară, (B, D).
- ✓ **Fren lingual restrictiv: scurt** – dimensiune mai mică decât majoritatea dar cu fixare corectă, de la mijlocul feței inferioare a limbii (fața sublinguală) până la planșeul gurii. (C)

- ✓ **Fren lingual scurt** cu fixare anterioară: combinarea celor două anterioare (E, F, G)

Forme clinice mai frecvente



- A. Lungime normală + fixare normală
- B. Lungime normală + fixare anterioară
- C. Lungime fixă + fixare normală
- D. Lungime fixă + fixare ușor anterioară
- E. Scurt + fixare anterioară
- F. Scurt + fixare foarte anterioară
- G. Absent, lipit de planșeul bucal

Este foarte importantă evaluarea frenului având în vedere atât mobilitatea anterioară a limbii cât și cea posterioară (Zaghi S):

Gradul 1:

fren lingual normal

Gradul 2:

lungime normală + fixare anterioară

Gradul 3:

lungime fixă + fixare anterioară

Gradul 4:

scurt + fixare foarte anterioară

Mobilitatea anterioară a limbii



Gradul 1

Gradul 2

Gradul 3

Gradul 4

Mobilitatea posterioară a limbii



Gradul 1

Gradul 2

Gradul 3

Gradul 4

La bebeluși (Martinelli R):

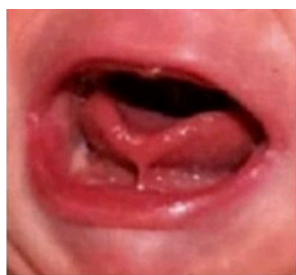
Gradul 1: Inserția frenului are loc chiar în vârful limbii, când bebelușul plânge, limba apare bifurcată, arătând forma unei inimi.

Gradul 2: Inserția frenului are loc puțin mai în spate de vârful limbii, când copilul plânge, vârful limbii coboară. Nu este bifid.

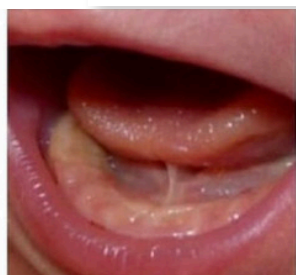
Gradul 3: Este o combinație între tipurile 2 și 4. Poate fi dificil de văzut, deoarece limba pare de obicei normală. Chiar și așa, bebelușul nu poate ridica vârful limbii spre cerul gurii cu gura larg deschisă.

Gradul 4: Frenul lingual nu este vizibil la prima vedere. Limba bebelușului este adânc ancorată de planșeul gurii și poate părea compactă. Mișcarea limbii este de obicei asimetrică.

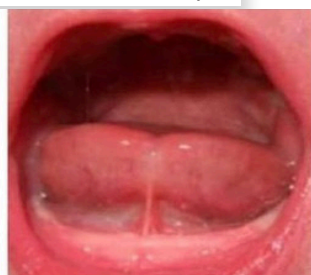
Fren lingual restrictiv bebeluși



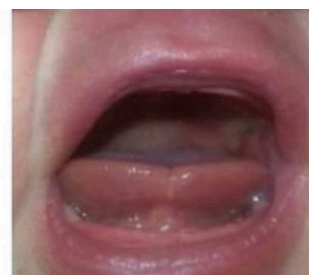
Gradul 1



Gradul 2



Gradul 3



Gradul 4

Tratamentul

Înceea ce privește tratamentul, știm că frenul lingual **nu se întinde/scurtează/modifică cu exerciții terapeutice**, și de cele mai multe ori este nevoie de intervenție postchirurgicală. Momentul intervenției este variabil în funcție de **gradul afectării mobilității limbii**. Dacă bebelușul nu poate să sugă se recomandă tratamentul chirurgical la diagnosticarea frenului (în multe țări evaluarea se face chiar în maternitate de către specialiști), în cazul copiilor frenul alterat se detectează de către părinți sau logoped atunci când aceștia încep să vorbească (2-3 ani), în aceste cazuri operația este indicată atunci când copilul poate colabora și poate participa activ în reabilitarea postoperatorie, pentru a evita o cicatrizare nedorită și o reintervenție chirurgicală. Frenul lingual restrictiv la adulți este de fapt un fren nediagnosticat /netratat în copilărie.

Tratamentul chirurgical utilizat mai frecvent

Frenotomia sau **frenulotomia** este o incizie transversală a frenulului, eliberând parțial limba. Nu se dau puncte și rezultatul final depinde foarte mult de reabilitarea postchirurgicală. Datorită simplității sale, este de obicei cea mai comună tehnică și cea care se efectuează la bebeluși, dar principalul dezavantaj este că de obicei apare fibroză, adică țesutul se lipește înapoi foar-

te rapid deoarece cu această tehnică rezecția este foarte superficială, lăsând fibre ale mușchilor limbii ce nu au fost rezecate (este doar o tăietură transversală) și de cele mai multe ori sunt necesare mai multe intervenții de-a lungul copilăriei.

Frenectomia o este tehnica de rezecția totală a frenulului lingual. Este o procedură chirurgicală mai complexă, se recomandă la copii și la adulți, se face în sala de operație cu anestezie generală (copiii mai mici de 7 ani), sau cu anestezie locală întotdeauna când pacientul poate colabora.

Frenuloplastia funcțională este o procedură simplă care eliberează complet frenul și asigură anatomia adecvată pentru ca limba să atingă o mobilitate normală de mișcare și astfel să dobândească o poziție corectă atât în repaus cât și în timpul deglutiției, masticăției, fără tensiuni și compensare (utilizarea altor mușchi). Combină chirurgia cu terapia miofuncțională, în aceste cazuri logopedul lucrează cu chirurgul organizând chirurgia și este prezent în momentul chirurgiei. Este tehnica cea mai efektivă și recomandată de către chirurgii actualizați.

În funcție de vârsta pacientului și de gradul de restricție, se recomandă o abordare chirurgicală sau alta, medicul chirurg este cel care alege procedura chirurgicală individualizată.

Terapia logopedică este indicată atât înainte cât și după operație.

Înainte de operație sunt indicate 2,3 sesiuni pentru a evalua gradul de intervenție chirurgicală dar și pentru a antrena și pregăti mușchii limbii așa încât pacientul în timpul chirurgiei să știe cum să poziționeze limba la indicațiile chirurgului atunci când chirurgia se face cu anestezie locală și pacientul poate colabora.

După operație (24-48 de ore) terapia logopedică este fundamentală, pentru a evita o cicatrizare a zonei nedorite (evitându-se astfel alte intervenții) și pentru o vindecare eficientă a țesutului. Logopedul specialist în terapie miofuncțională aplică masaje la nivelul mușchilor linguali și faciali, indică exercițiile potrivite pentru pacient: exerciții de mobilitate și funcționalitate a limbii care totodată previn și reatașarea cicatricială a limbii. În cazul bebelușilor se aplică masaje pentru stimularea și întinderea fibrelor musculare.

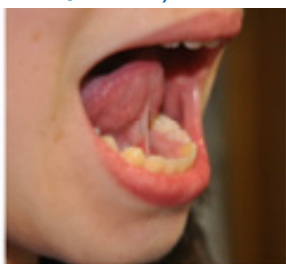
- * **Terapia Miofuncțională Orofacială** este o specializare în domeniul logopediei. Obiectivul său este de a preveni, evalua, diagnostica și trata dezechilibrul Sistemului Somatognat. Absolvenții facultăților de logopedie au acces la programe de specializare în acest domeniu.

www.logopediapop.com

Bibliografie recomandată:

- » S. Dollberg, Y. Manor, E. Makai, E. Botzer, *Evaluation of speech intelligibility in children with tongue-tie*, Acta Paediatr. 100 (2011) e125–e127.
- » S. Brinkmann, S. Reilly, J. Meara, *Management of tongue-tie in children: a survey of paediatric surgeons in Australia*, J. Paediatr. Child Health 40 (2004) 600–605.
- » M.L. Lalakea, A.H. Messner, *Ankyloglossia: does it matter?* Pediatr. Clin. 50 (2003) 381–397.
- » A.R. Baker, M.M. Carr, *Surgical treatment of ankyloglossia*, Operat. Tech. Otolaryngol. Head Neck Surg. 26 (2015) 28–32.
- » Mills, N.; Pransky, S.M.; Geddes, D.T.; Mirjalili, S.A. What is a Tongue Tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. Clin. Anat. 2019, 32, 749–761
- » Mills, N.; Keough, N.; Geddes, D.T.; Pransky, S.M.; Mirjalili, S.A. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. Clin. Anat. 2019, 32, 824–835.
- » Hill, R.R.; Lee, C.S.; Pados, B.F. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: A systematic review and meta-analysis. Pediatric Res. 2020
- » Yousefi, J.; Tabrizian Namini, F.; Raisolsadat, S.M.; Gillies, R.; Ashkezari, A.; Meara, J.G. Tongue-tie Repair: Z-Plasty vs. Simple Release. Iran. J. Otorhinolaryngol. 2015, 27, 127.
- » Zaghi, S.; Shamtoob, S.; Peterson, C.; Christianson, L.; Valcu-Pinkerton, S.; Peeran, Z.; Fung, B.; Kwok-keung Ng, D.; Jagomägi, T.; Archambault, N.; et al. Assessment of posterior tongue mobility using lingual-palatal suction: Progress towards a functional definition of ankyloglossia. J. Oral Rehabil. 2021, 48, 692–700.
- » Fuchs, G. Histological examinations of the frenum of the tongue. Dtsch. Stomatol. 1966, 16, 575–580.
- » Heller, J.; Gabbay, J.; O'Hara, C.; Heller, M.; Bradley, J.P. Improved Ankyloglossia Correction with Four-Flap Z-Frenuloplasty. Ann. Plast. Surg. 2005, 54, 623–628.
- » O'Shea, J.E.; Foster, J.P.; O'Donnell, C.P.; Breathnach, D.; Jacobs, S.E.; Todd, D.A.; Davis, P.G. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. Cochrane Database Syst. Rev. 2017.
- » Srinivasan, A.; Al Khoury, A.; Puzhko, S.; Dobrich, C.; Stern, M.; Mitnick, H.; Goldfarb, L. Frenotomy in Infants with Tongue-Tie and Breastfeeding Problems. J. Hum. Lact. 2018, 35, 706–712.
- » Ghaheri, B.A.; Cole, M.; Mace, J. Revision Lingual Frenotomy Improves Patient-Reported Breastfeeding Outcomes: A Prospective Cohort Study. J. Hum. Lact. 2018, 34, 566–574.
- » Messner, A.H.; Lalakea, M.L. Ankyloglossia: Controversies in management. Int. J. Pediatric Otorhinolaryngol. 2000, 54, 123–131.

1. Componentă



Membrană



Fibră



Muscular

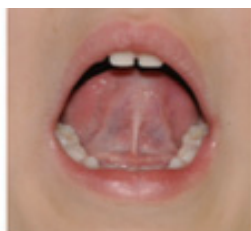
2. Lungime



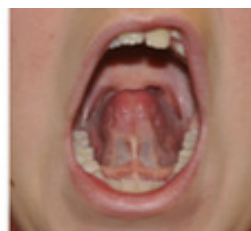
Lung



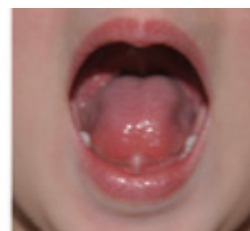
Normal



Fix

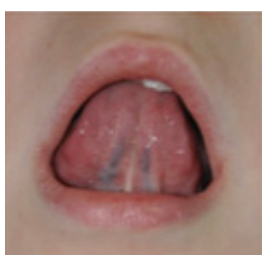


Scurt



Absent

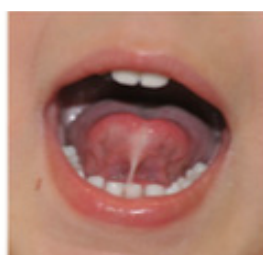
3. Fixare aplicată



Normală



Ușor anterioară



Anterioară



Foarte anterioară

4. Fixare mandibulă

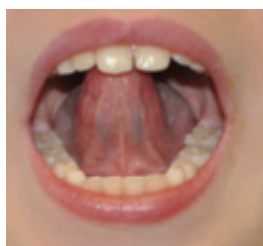


Bifidă



Unică

5. Culoare



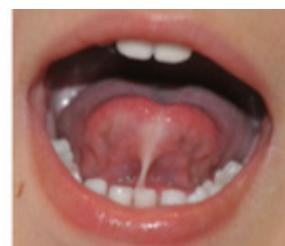
Roz



Palid



Albicios



Alb

Relația dintre malocluzii și problemele de vorbire

DR. ELA BĂNICĂ

Specialist Ortodonție și Ortopedie Dento-Facială
Supra-specializare în creștere cranio-facială, dezvoltare maxilo-facială,
respirație, sforăit, apnee în somn și frenuri orale restrictive

Malocluziile sunt foarte răspândite la copii, iar printre factorii care influențează precizia sunetelor se numără prezența și poziția dinților, mobilitatea buzelor, obrazilor, palatului moale, limbii și mandibulei, spațiul intraoral pentru articulație și rezonanță a sunetelor.

Disfuncțiile oro-faciale, problemele de masticatie, de deglutiție, sunt legate de poziția incorectă a limbii și de distorsiunea vorbirii. Planurile motorii unice pentru vorbire se dezvoltă, de asemenea, în această perioadă critică. Dezvoltarea normală a funcțiilor de mai sus este concomitentă cu stimularea normală a structurilor de creștere orofaciale (în primul rând sincondroza intermaxilară și ligamentele parodontale), precum și apariția unei respirații nazale normale în timpul stării de veghe și somn.

De asemenea, pot fi asociate abateri de la funcțiile orale normale, masticatie, înghițire și respirație. Mai mult, poziția dinților anteriori este unul dintre principalii factori care modifică articularea sunetelor, deoarece aproape 90% din toate consoanele sunt executate în această regiune. În plus, este considerată ca fiind un predictor important în ceea ce privește poziția limbii și tulburările de vorbire.

Malocluziile sunt stâns legate de poziția alterată a limbii și afectarea vorbirii.

În ceea ce privește poziția limbii, copiii care prezintă ocluzie/mușcătură deschisă

anterioară și respirație orală sau oral-nazală sunt mai susceptibili să aibă o poziție modificată a limbii.

Ce tipuri de afecțiuni dentare afectează vorbirea?

Există mai multe cauze prin care dinții, limba și maxilarele copilului pot împiedica articularea corectă.

Frenul lingual scurtat

Cunoscută și sub denumirea de Anchioglossia, această afecțiune restricționează gama de mișcări a limbii, afectând masticatia, vorbirea și deglutiția. Vor fi mai greu de pronunțat sunetele emise cu literele N, D, L, T și R. Pentru a combate această afecțiune, medicii speciliști pot efectua o frenectomie sau frenotomie prin care frenulul este îndepărtat – eliberând limba pentru a ajuta vorbirea.

Malocluzia

Această condiție poate lua mai multe forme, care să afecteze vorbirea cum ar fi:

- ✓ Înghesuirea dentară severă sau supraaglomerarea dinților.
- ✓ Mușcătură inversă sau încrucișată laterală.
- ✓ Ocluzia adâncă acoperită.
- ✓ Inocluzia sagitală.
- ✓ Ocluzia deschisă.

Deși toată lumea crede în mod greșit că malocluzia este adesea moștenită, există și câteva comportamente care o pot provoca, cum ar fi sugerea prelungită a degetului mare sau utilizarea suzetei. Malocluzia poate duce la tulburări de vorbire și incapacitatea de a produce în mod corespunzător sunete stridente (cum ar fi *F*, *V*, *Z* și *Ch*).

Tulburări miofuncționale orofaciale

TMO provoacă un dezechilibru între limbă, buze, obraji și dinți. Acestea apar atunci când limba are o poziție sau postură orală anormală. TMO sunt de obicei identificate atunci când poziția limbii începe să afecteze erupția și poziționarea dinților la copiii mai mici. TMO-urile pot afecta dezvoltarea vorbirii, făcând anumite sunete dificil de produs. Adesea, acest lucru îi determină pe copii să se chinuie să enunțe sunete precum *S*, *Z*, *Sh*, *Zh*, *Ch* și *J*.

La fel ca malocluzia, TMO-urile pot fi cauzate de anumite comportamente, cum ar fi suptul degetului mare, mușcatul de unghii/buze, utilizarea prelungită a suzetei/biberonului sau strângerea dinților. Ele pot fi, de asemenea, consecința unor amigdale mărite sau obstrucții ale căilor aeriene superioare sau deviații de sept nazal.

Pierderea prematură a dinților

Pierderea precoce a unui dinte temporar poate avea un impact negativ asupra vorbirii copilului.

Structura necorespunzătoare a maxilarului

Dacă maxilarul este îngustat rezultând dinți înghesuiți, poate lăsa mai puțin spațiu pentru ca limba să se miște corespunzător.

Aspectul estetic, afectarea fizionomiei

Aproape oricine, chiar și un copil, este conștient de aspectul dinților, s-ar putea abține să deschidă gura suficient de larg – determinându-l să vorbească incorect.

Defecte de vorbire la malocluzii specifice:

Pozițiile incisivilor

Incisivii neregulați, în special poziția lingualizată a incisivilor maxilari, duce la producerea neregulată a „t”, d”.

Producerea sunetului „s” devine cel mai dificil de pronunțat. Dificultatea în producerea sunetului se datorează în principal decalajelor mari scheletale ale maxilarelor.

Arcadele alveolare și forma palatului

Segmentul frontal al arcadelor dentare are un rol important în pronunția siflantei și tulburarea vorbirii siflante.

Arcadele îngustate sunt frecvente la pacienții cu defecte de vorbire.

Malocluziile de clasa a II - a

Pacienții cu malocluzii de clasa a 2-a întâmpină dificultăți în a produce consoane bilabiale precum „p”, „b” și „m”, deoarece aceste sunete necesită contactul buzei superioare și inferioare, ceea ce devine dificil din cauza plasării neregulate a dinților anteriori superiori.

Malocluziile de clasa a III - a

Pacienții cu malocluzii de clasa a III-a, au o poziție joasă a limbii. Constricția valvei linguloalveolare necesară pentru siflante nu este produsă în mod eficient. Dificultate în producerea consoanelor labiodentare și linguloalveolare precum „f” și „v”.

Ocluzia deschisă

Cele mai frecvente tulburări de vorbire sunt întâlnite în cazurile de ocluzie/muşcătură deschisă anterioară. Acești pacienți au probleme de LISPING și au dificultăți în pronunția siflantelor precum „s” și „z”. Dificultăți în producerea consoanelor linguoalveolare „t”, „d”, „n”, „l”. Pacienții cu mușcătură deschisă produc sunetele „s” și „z” cu vârful limbii contactând zona anterioară maxilară. Prin urmare, ridicarea vârfului limbii și contactul cu creasta alveolară sunt aspecte necesare și integrante ale acestei producții de foneme.

Indivizii cu mușcătură deschisă produc sunetele „s” și „z” cu vârful limbii contactând anterioarele maxilare producând alterarea fonemelor fricative /s/, /z/, /f/ și /v/ și /s/, /sh/, /z/, /zh/, /th/, /t/ și /d/ în engleză. Influența deglutiției atipice asupra mușcăturilor deschise și asupra modificării fonemului a fost de asemenea observată.

Diastema

Diastema este, de asemenea, legată de LISPING.

Despicăturile Labio Maxilo Palatine

Buza și palatul despicat reprezintă cea mai frecventă anomalie cranio-facială congenitală, care reflectă un eșec al fuziunii în timpul dezvoltării maxilare și palatine. Acest lucru are ca rezultat un spectru de deformări estetice și funcționale; considerat ca fiind un factor crucial pentru perturbarea vorbirii. Atingerea etapelor de referință adecvate depinde de integritatea funcțională și structurală a velofaringelui. Disfuncția velofaringiană poate duce la numeroase anomalii de vorbire, inclusiv articulația compensatorie, hipernazalitate și emisie de aer nazal, care pot afecta inteligibilitatea. Deși este tratabilă, are un impact negativ asupra copilului și familiei sale. Disfuncția velofaringiană necesită o abordare multidisciplinară în managementul acesteia, care include membri din domeniile chirurgiei plastice faciale, otolaringologiei, patologiei vorbirii și limbajului, pediatrie, genetică, chirurgie orală, ortodonție și audiologie. Rolul medicului ortodont în DLMP nu se limitează doar la gestionarea malocluziei cu arcada

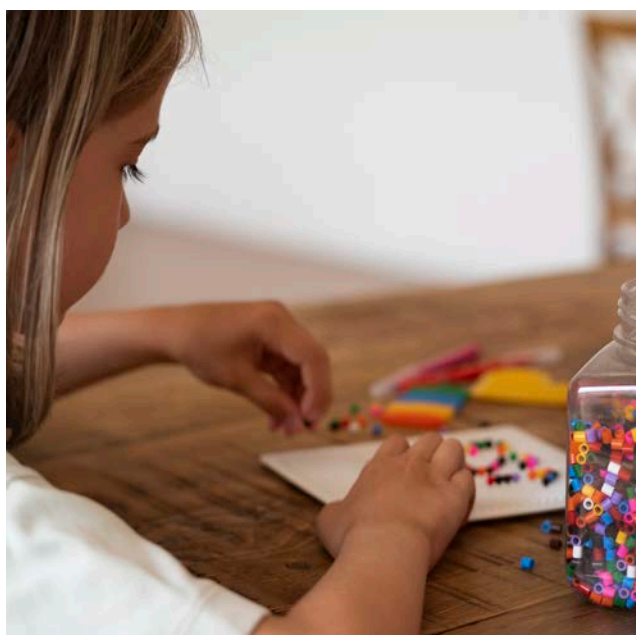


maxilară compresată, ci este potrivit pentru gestionarea disfuncției velofaringiene, datorită expertizei în creșterea și dezvoltarea structurilor oro-faciale și dento-faciale. Managementul DLMP poate fi modificat în non-chirurgical sau chirurgical sau o combinație a ambelor.

Trăsăturile malocluziilor predictive sunt asociate cu erorile de producere a sunetelor. Cu cât malocluzia este mai gravă sau mai handicapantă, cu atât mai probabil să apară o eroare de sunet de vorbire.

Dintre tipurile de malocluzii, **ocluzia inversă/încrucișată posterioară** a fost asociată frecvent cu tulburările de limbaj. S-a observat că aproximativ 35% dintre copiii care prezintă o poziție alterată a limbii au distorsiuni de vorbire.

S-a găsit o asociere pozitivă între ocluzia inversă/încrucișată posterioară și defectele de vorbire mai ales în dentiția mixtă a copiilor. Ocluzia încrucișată posterioară reprezintă un factor de risc atât pentru poziția alterată a limbii cât și distorsiunea vorbirii la copii. Ocluzia încrucișată posterioară nu se autocorectează în timpul dezvoltării dentiției și interceptia ei cât



mai de timpuriu este indicată pentru a permite o creștere adecvată a structurilor cranio-faciale și pentru a evita vorbirea disfuncțională și afectarea posturii limbii.

Ocluzia adâncă, acoperită apare ca o consecință a poziției alterate a limbii și poate duce la distorsiunea vorbirii.

Mai mult decât atât, **ocluzia deschisă anterioară** a fost asociată cu poziția alterată a limbii; în orice caz, nu a fost asociată foarte frecvent cu distorsiunea vorbirii, conform unor studii.

Incidența defectelor de vorbire și producția sunetelor depinde de tipul și severitatea malocluziei.

Într-o mușcătură deschisă, scurtarea procesului frontal al maxilarului formează un gol de închidere și duce la disfuncții de deglutiție și ventilație.

Funcția musculară și tensiunea musculară (hipotonia buzelor și limbii, disfuncții ale palatului) care sunt aproape întotdeauna identificate în timpul evaluării deglutiției, au fost observate în ocluzia deschisă parțială anterioară.

Mai mult, cercetările au arătat, de asemenea, o incidență crescută a producției anormale de foneme în ocluzia deschisă.

Tulburările de vorbire sunt, de asemenea, observate în **ocluzia încersă sau crossbite**. Se observă mișcări de deviație mandibulară în timpul vorbirii, asimetrie facială și laterodeviații.

Coexistența malocluziilor cu tulburările de vorbire reprezintă o provocare terapeutică majoră pentru logopezi.

Tratamentul ortodontic simultan este necesar pentru a obține efectele dorite. O abordare interdisciplinară care combină logopedia și tratamentul ortodontic poate permite corectarea completă a defectelor.

Malocluziile reprezintă o problemă majoră pentru logopezi, deoarece corectarea vorbirii trebuie combinată cu tratament ortodontic de lungă durată.

Respirația orală/bucală, care se observă în general în cazul copiilor cu malocluzii, precum și tensiunea redusă a mușchiului orbicular oris și hipotonia limbii sunt o sursă a multor dificultăți în managementul terapeutic.

Un copil cu malocluzie are respirația orală sau mixtă sau o mandibula situată anomal, fie prea posterior, fie mai anterior decât maxilarul superior, care va favoriza o poziționare incorectă a limbii. Coexistența palatului cu arcadă înaltă, care are ca rezultat și tulburări de vorbire sau lipsa de articulare corectă a sunetelor care necesită o poziție verticală a limbii, este o altă problemă în patologiile de ocluzie. Un palat înalt se asociază cel mai frecvent cu ocluziile încrucișate, ocluziile deschise și ocluzia posterioară.

Îmbunătățirea vorbirii cu ajutorul tratamentelor ortodontice

Probleme de vorbire care pot fi abordate cu ajutorul tratamentului ortodontic:

Lisp/Șuierat: Cineva cu un șuier are probleme în a pronunța sunetele /s/și /z/ și adesea le înlocuiește cu „th”. În schimb, este mai mult vorba despre aerul care iese incorect printre dinți. Pacienții au de obicei o supramușcătură, o distanță mare între dinții din față superiori și cei inferiori, sau o mușcătură deschisă, malocluzii care pot fi corectate în mod normal cu aparate ortodontice.

Dificultăți de articulare a consoanelor: În afară de sunetele /s/și /z/asociate, modul în care spunem alte consoane,

șiruri de consoane sau sunete care necesită un accent special poate fi afectat de diferite malocluzii. De exemplu, sunetele alveolare (/t/, /n/ și /d/) pot fi afectate de o ocluzie inversă/sub-mușcătură, ocluzie încrucișată, înghesuire dentară sau mușcătură deschisă. Datorită inovațiilor în ortodonție, aceste probleme pot fi de obicei remediate cu aparate dentare.

Slurring: lipsa spațiului suficient în gură poate face ca vorbirea să sune tulburat. În faza de interceție, putem folosi adesea două faze de tratament pentru a direcționa creșterea maxilarului, pentru a face mai mult loc pentru ca dinții permanenți să erupă înainte de ajustarea fină cu aparatul dentar fix sau aligners în perioada adolescenței.

Tratamentul ortodontic în sine poate să nu fie suficient pentru a elimina complet problemele de vorbire. Acest lucru este valabil mai ales pentru adolescenții și adulții care s-au obișnuit să pronunțe cuvintele într-un anumit mod. Terapia logopedică poate fi indicată în combinație cu ortodonția pentru a obține cele mai bune rezultate și pentru a permite pacienților să învețe cum să producă sunetele corect. Evaluarea copilului de către un ortodont pediatru până la vârsta de șapte ani poate face o diferență uriașă, deoarece putem interveni în timp ce dinții și maxilarele sunt încă în faza de dezvoltare pentru un rezultat mai bun și mai stabil. **AAO** – Asociația Americană de Ortodonție recomandă ca primul consult ortodontic să fie făcut cel târziu la vârsta de 7 ani, însă eu ca specialist în Ortopedie Dento-Facială și Creștere Cranio-Facială recomand ca prima evaluare să fie făcută cel târziu la vârsta de 3 ani.

ORTHO INSTITUTE

Rolul exercițiilor de respirație în corectarea tulburărilor de limbaj

PROF. LOGOPED BURUIAN LAURA MARIANA,
Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională, Arad

Pe lângă funcția de a asigura schimbările gazoase necesare întreținerii vieții, aparatul respirator, are rolul cel mai important în actul vorbirii. Sunetul se produce în timpul expirației atunci când suflul atinge corzile vocale aflate în poziție fonică și le subordonează. „Studiul mișcărilor respiratorii și îndepărtarea dereglărilor lor ocupă un rol foarte important în educarea vorbirii. Pătrunderea și expulzarea aerului din plămâni se face prin modificări la nivelul cutiei toracice.”

Dimensiunea cutiei toracice:

- ✓ în cursul inspirației, cantitatea toracică se mărește pe plan vertical, anteroposterior și transversal; această dilatare este determinată de coborârea mușchiului diafragmei;
- ✓ în cursul expirației, procesul este invers, mușchii abdomenului se contractă odată cu ridicarea diafragmei.

1 Respirația de tip costoabdominal – în cadrul căreia atât inspirația cât și expirația se realizează prin mișcări mai accentuate ale mușchilor abdominali și costali inferiori. Acest tip de respirație este caracteristic bărbaților.

2 Respirația toracică – se caracterizată prin expansiunea cavității toracice superioare și este o respirație specifică femeilor.

LA COPII — la naștere se identifică o respirație diafragmatică, care mai târziu spre vârsta preșcolară se transformă în respirație toraco-abdominală iar înspre pubertate se diferențiază în funcție de sex.

Respirația este ritmică, însă ritmul respirator nu este uniform. Cu cât vârsta este mai mică, cu atât labilitatea ritmului respirator este mai accentuată.

„În respirația neverbală inspirația și expirația au o durată aproximativ egală însă în vorbire acest raport se schimbă, expirația devenind mai prelungită deoarece emisiile verbale se realizează doar în această fază. În timp, inspirația devine mai adâncă și mai rapidă, în pauzele dintre sintagme și propoziții. Este absolut necesară stabilirea unui raport între fazele de respirație în decursul vorbirii, pentru a evita fragmentarea verbală și pentru a asigura perceperea integrității ideilor.”

„Alte deosebiri între cele două tipuri de respirație sunt determinate de faptul că adeseori sincronismul existent între mișcările toracice și cele abdominale în stare de repaos dispare în decursul pronunțării, deoarece cutia toracică poate efectua anumite mișcări independente de mișcările diafragmei:

- ✓ în stare de repaos se respiră prin fosele nazale;
- ✓ în timpul vorbirii respirația se efectuează pe gura.”

Educarea respirației

Din cauza unei continue dezvoltări a organismului este firesc ca să apară neregularități în procesul de coordonare a respirației cu actul fonației în timpul copilăriei.

Printre neregularitățile de exprimare pot fi menționate:

- a) tipul de respirație superioară cu ridicarea umerilor în timpul inspirației. În acest proces respirator prin ridicarea exagerată a umerilor cutia toracică își mărește diametrul, lucru ce duce la formarea contracțiilor musculare ale gâtului și astfel se împiedică emisiunea vocală (bâlbâiți).
- b) respirația forțată cu mișcări bruște și exagerate, atunci când, copilul folosește o cantitate prea mare de aer pe expirație, astfel încât ultimele cuvinte dintr-o propoziție se realizează prin consumul aerului de rezervă din plămâni, ceea ce duce la o stare de oboseală ce afectează negativ cursivitatea vorbirii;
- c) datorită mișcărilor respiratorii superficiale și mult prea frecvente, se produce o inspirație după fiecare cuvânt sau chiar în mijlocul acestora, rezultând o vorbire sacadată.
- d) încercările copilului de a vorbi în timpul inspirației și nu al expirației cum ar fi normal.

Astfel de cazuri apar la copiii care nu respectă pauzele necesare în vorbire și se grăbesc în exprimare. De exemplu atunci când recită o poezie (ex.: *Pisicuță pis, pis, pis*) ori se grăbesc să exprime ceva.

Frecvențele neregularități respiratorii duc în cele din urmă la tulburări de vor-

bire deosebit de grave. Înlăturarea acestora se poate face prin exerciții sistematice care necesită o educare a respirației atât în stare de repaos cât și în vorbire.

Exerciții de respirație verbale și non-verbale

Exerciții de respirație neverbală

Reprezintă o etapă inițială în respirația verbală iar realizarea acestor exerciții necesită respectarea unor norme igienice precum:

- ✓ realizarea lor în camere bine aerisite sau dacă e posibil în aer liber;
- ✓ sunt mult mai eficiente dacă se realizează la începutul activității sau chiar pe parcursul activităților ori de câte ori simțim că are copilul nevoie (când observăm oboseala copilului);
- ✓ exercițiile trebuie selectate astfel încât realizarea lor corectă să întărească atât musculatura abdominală cât și pe cea toracică și a gâtului.

Exerciții non-verbale

Exercițiile de respirație nonverbală se realizează înainte, precedându-le pe cele pentru respirația verbală. La început aceste exerciții se realizează din poziția orizontală, în care copilul stă întins, apoi pe verticală, în picioare și pe scaun.

Exerciții verbale

Pentru dezvoltarea respirației verbale trebuie să obținem o respirație mai lungă decât inspirația la pronunție iar vorbirea să se realizeze în expirație fără efort ritmat. Dezvoltarea respirației de tip verbal presupune efectuarea unor exerciții de pronunție a vocalelor, prelung, rar, a exercițiilor de pronunție într-o expirație a unei consoane, exerciții ritmice de respirație însoțite de mișcare și cântec (de ex: în timp ce merge,

copilul numără sau cântă „Spa, spe, spi, spo, spu/Spune-acuma tu!”).

Exerciții de gimnastică respiratorie

Acest tip de exerciții presupune asocierea respirației cu pronunția de sunete. Expirul aerului inspirat se produce prin pronunția vocalelor și a consoanelor siflante. Prin această metodă se poate observa dacă copilul dislalic irosește unda expiratorie neeconomic sau expiră uniform. În mod normal intensitatea vocii trebuie să fie uniformă pe tot parcursul fonației, fără a se produce o slăbire a ei. După exersarea sunetelor se trece la pronunția de cuvinte, apoi propoziții pe un singur expir. Este recomandabil a se folosi diferite rime pentru a ușura exersarea logopatului. Exercițiile se realizează prin repetare, de cinci până la zece ori. Durata lor variază la începutul ședințelor logopedice de la două minute la cinci minute.

Exerciții de respirație neverbală: cu scopul de a crește forța și volumul respirator
Exerciții:

1. Inspirațiile adânci urmate de expirații puternice și prelungite, acestea fiind însoțite de mișcări de relaxare a coloanei vertebrale prin aplecare în spate a corpului și ridicarea brațelor și mișcări care micșorează cavitatea toracică susținută de aplecarea în față a trunchiului și a mâinilor;
2. Exerciții de suflat;
3. Jocuri de emitere a unor sunete onomatopice, din natură însoțite de mișcări ca imitarea fâșâitului frunzelor (*fâșșșșșș, fâșșșșșș*) sau a vântului (*vâjjjjj, vâjjjjjjjjjj*).

Exerciții de respirație non – verbală: pentru creșterea preciziei și controlului respirator.

În faza inițială exercițiile se realizează în poziție orizontală, copilul stând întins, apoi pe verticală, în picioare și pe scaun.

1. Unul dintre primele exerciții poate fi executat astfel:

- în inspirație, copilul trage adânc aer în piept, cutia toracică mărimdu-se ca volum, iar mușchii abdomenului se contractă, apăsând cavitatea abdominală.
- în expirație se face prin îngustarea cavității toracice și relaxarea prin mărirea cavității abdominale.

Pentru conștientizarea acestor exerciții se cere copilului să pună o mână pe piept și una pe abdomen, logopedul putând să exemplifice acest lucru.

Exercițiile pot continua sub formă de joc, pe baza unor comenzi, la bătaia din palme, la fluier:

- pentru inspirație numărăm până la 5, la expirație numărăm până la 8;
 - între expirație și inspirație copilul va trebui să își țină câteva secunde aerul în plămâni
2. Din poziția în picioare cu mâinile pe solduri se vor efectua două sărituri ca mingea în timpul cărora se vor face două mișcări de inspirație. După care, pe următoarele două sărituri se va ține respirația, iar pe alte două sărituri se va realiza expirația.
 3. Pentru stabilirea ritmului, la fiecare două bătăi din palme se realizează o componentă a ciclului respirator (inspirație, reținerea aerului, expirație).
 4. Variații ale ritmului respirator, care se vor alterna pe cicluri cu durată diferită; importantă în reglarea respirației conform cerințelor diverselor situații.

Un exemplu de joc ar fi: „Pleacă trenul de la ...la ...”. Acesta începe cu mișcarea brațelor, cu coatele îndoite pe lângă corp, în timp ce pe fiecare mișcare de braț se execută o mișcare de respirație (o inspirație sau expirație). În a doua fază a jocului se accelerează mișcările mâinilor pe lângă corp, accelerare însoțită și de mișcările de respirație al căror ritm va crește, fază pe

care o vom numi mersul trenului. În ultima fază, trenul se apropie de gară, ce simbolic e reprezentată prin încetinirea treptată a mișcărilor mâinilor și ritmului respirator.

5. Exerciții de inspir pe nas și expir pe gură, însoțite de mișcări ale brațelor, ridicarea lor în unghi de 90 grade față de corp, pauză respiratorie, coborârea brațelor pe lângă corp (expirație).

Exerciții de respirație verbală având drept scop prelungirea expirului în respirația verbală.

Toate exercițiile se realizează sub formă de joc.

1. Suflăm asupra unei lumânări aprinse cu scopul de a o stinge (utilizăm diferite distanțe, de la mic la mare, cu explozie de aer pe diferite sunete, ex.: P, T).



2. Facem flacăra lumânării să danseze. Prin suflare cât mai ușoară și constantă se menține flacăra lumânării într-o poziție înclinată, fără ca să se stingă, pe o durată cât mai mare.



3. Suflăm și umflăm baloane de diferite mărimi. Prin suflare menținem balonul plutind în aer cât mai mult timp; facem concurs, balonul nu are voie să atingă podeaua, facem magie, mingiuța de polistiren dansează în aer, trezim mânuța din căsuță.



4. **Prin suflare** împrăștiem bucățele de hârtie/șervețel „Bate vântul frunzele”, „Zboară fluturașii/fulgi de nea”, „Omiduța” - făcută cu ajutorul tehnicii Origami, „Șopârlița”.

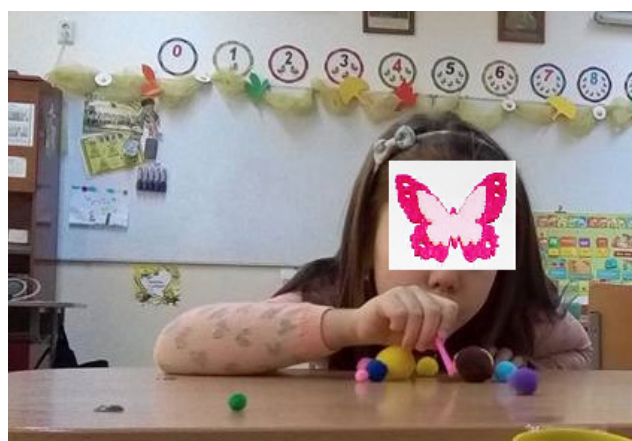


5. **Prin suflare** cu ajutorul unui pai sau simplu, vor fi puse în mișcare, fără a fi atinse, diferite jucării (vapoare, rățușcă de plastic) sau vapoare făcute din hârtie, plutind pe suprafața apei.

6. **Prin suflare** se fac balonașe de săpun.



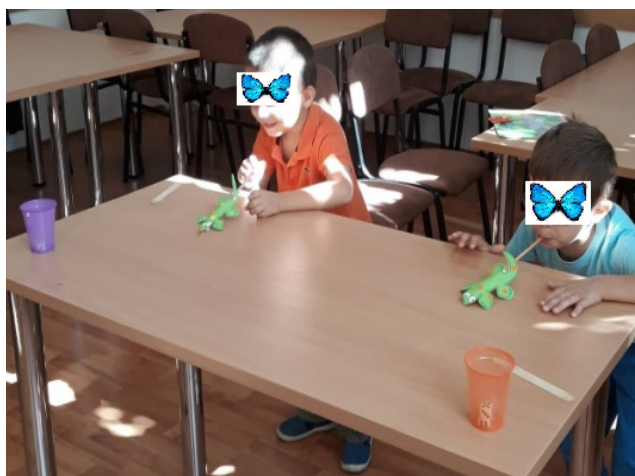
7. **Jucăm fotbal de masă:** prin suflare, simplu ori printr-un pai se deplasează bile/mingi de polistiren/hârtie; se poate improviza și o poartă.



8. **Se suflă** într-un vas/pahar cu apă ca să facem valuri/furtună.

9. **Aburim oglinda** suflând alternativ pe gură și pe nas asupra unui geam sau oglinzi.

10. **Cum se răcorește câinele când îi este cald?** Se imită respirația acestuia: respirație scurtă, grăbită, efectuată cu gura larg deschisă și cu limba care atârnă: relaxată, în afară. Exerciții indicate pentru copii rinolalici.
11. **Cum fac broșcuțele pe lac?** Acumularea și expulzarea aerului pe gură: umflarea obrazului drept, lovirea obrazului cu palma producând explozie, umflarea obrazului stâng, lovirea lui cu palma, producând explozie.
12. Se execută și **umflarea ambilor obraji cu aer**, care prin lovirea cu palmele provoacă expulzarea aerului cu explozie. Acest exercițiu este util și pentru dezvoltarea mobilității buzelor, în special la cei cu despicături labiale operate.
13. **Se respiră** profund cu nasul blocat, apoi pe nas cu gura închisă.
14. **Se alternează respirația bucală și cea nazală:** inspir pe nas, expir pe gură și invers inspir pe gură, expir pe nas.
15. **Ne încălzim palmele** iarna suflând aer cald în ele.
16. **Orchestra:** suflăm în diferite instrumente muzicale (muzicuță, fluiere, trompetă).
17. **Intonăm fluierând** diferite melodii mai ușoare.
18. **Tragem aer pe gură printr-un pai,** menținem iar apoi îi dăm drumul. (mutăm floricelele dintr-o farfurioară în alta).



19. **Prin suflare deplasăm diferite obiecte din plastic (farfurie, pahar) pe o sfoară.**



Exerciții de gimnastică respiratorie pentru stimularea respirației profunde costal-diafragmatică:

1. Din poziția de drepti, inspirăm ducând ambele mâini înainte și îndărăt, făcând un cerc mare în jurul capului și se expiră odată cu revenirea capului la poziția inițială.
2. Din poziția de drepti, cu mâinile lipite de corp, inspirăm odată cu îndoirea coatelor și apropierea lor la spate și expirăm odată cu revenirea la poziția inițială. O mână se lipește de spate sub omoplat, iar cealaltă se duce după cap și se inspiră. Se execută odată cu revenirea la poziția inițială.
3. Cu ambele mâini întinse drept se prind capetele unui băț și se ridică deasupra capului, inspirând, iar la expir se revine la poziția inițială.
4. Pentru o dificultate mai mare, bățul se prinde la spate cu coatele. La expir bățul se strânge cu coatele și presează spatele, stimulând participarea abdomenului.

După ce și-au însușit aceste exerciții de respirație se trece la combinarea lor cu pronunția unor sunete. Expirul aerului se produce prin pronunția vocalelor și a consoanelor siflante. Astfel se poate sesiza mai ușor dacă copilul dislalic expiră uniform sau irosește unda expiratorie neeconomic.

După exersarea sunetelor se trece la pronunția silabelor, cuvintelor, propozițiilor pe un singur expir. Exercițiile se aplică prin repetare, de cinci până la zece ori. Durata lor variază la începutul ședințelor logopedice de la două minute la cinci minute.

Bibliografie:

- » Păunescu C., *Tulburări de limbaj la copil*, Ed. Medicală, București, 1984;
- » Boșcaiu E., *Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire în grădinița de copii*, EDP București, 1973
- » Vrașmaș E., Stănică C., *Terapia tulburărilor de limbaj*, Ed. Didactică și pedagogică, București, 1997;
- » Partenie A., *Logopedie-curs*, Ed. Excelsior, Timișoara, 1999.



Logopedie și Ventrilocie

MARICI A LADARU, ventriloc logoped

Copil fiind, eram fascinată de teatrul de păpuși. Mi se păreau magice, în povestea lor. În timpul liceului, am cochetat cu minunata îndeletnicire a mînuirii păpușilor. După terminarea liceului am lucrat, aproximativ trei ani, într-un teatru de păpuși – amatori. Am folosit ceea ce am învățat acolo, în lucrul cu cei mici, până în ziua de astăzi. Copiii sunt fascinați de păpuși, mai ales când sunt mînuite cu dibăcie.



Pot spune că am „cochetat” cu ventrilocia de foarte multă vreme. Îmi doream să pot vorbi, fără să mișc buzele, pentru a creea magia poveștilor.

Această pasiune s-a conturat după absolvirea facultății de Psihopedagogie specială. În timpul masterului „Terapia Logopedică în Procesele de Comunicare și Limbaj”, am redescoperit că pronunția corectă a sunetelor presupune buna dezvoltare a aparatului fono-articulator și conștientizarea poziției limbii și a buzelor specifică emiterii fiecărui sunet.



Jucându-mă cu acestea, m-am întrebat „What if...?”...și, combinând cunoștințele învățate în timpul masterului și a facultății cu abilitățile dobândite, ca actor papușar (amator), am devenit logoped-ventriloc, apărând, astfel, păpușile logopedice, numite „Logo – puppets”. Logo-puppets/păpușile logopedice „s-au născut” în 2002 ca „păpuși din șosete” și au fost folosite pentru divertisment, în lucrul cu mai mulți copii cu sau fără deficiențe: mintale și asociate sau deficiențe motorii. Copiii deveneau actori



creatori de povești și le mânuiau cu dibacie copilarească.

La început aceste păpuși au fost folosite mai ales în divertisment, apoi în motivarea și responsabilizarea copiilor cu CES în actul învățării pentru că păpușile erau considerate ca „învățăcei” iar copiii cu CES erau „învățătorii” acestora. Astfel acești copii erau încurajați să se implice în propria învățare, să numai fie pasivi ci activi. Metoda de lucru cu aceste păpuși a fost și este adaptată la tipul de învățare, de dezvoltare intelectuală, afectivă, chiar temperamentală a fiecărui copil. Păpușa logopedică „intervenea” doar atunci când tulburările de scris-citit sunt însoțite de tulburări de pronunție.



Logo-puppets sunt păpuși prevăzute cu gură în care sunt evidențiate principalele organe necesare articulării sunetelor: dinții, limbă și buze pentru ca logopatul (persoana cu tulburări de limbaj) să vizualizeze poziția limbii față de dinți și a dinților față de buze pentru emiterea unui anumit sunet. O altă variantă o reprezintă gurile logopedice care sunt atașate unor păpuși numite păpuși logopedice și nu sunt folosite ca divertisment sau evaluare ci doar pentru impostarea și consolidarea sunetului. Pentru copii, aceste guri logopedice



sunt atașate la păpuși (logo-puppets). Adică gura „are chip” și expresivitate pentru a le facilita comunicarea. Copiii comunică mai ușor cu o păpușă decât cu o gură prevăzută cu buze, limbă și dinți.

Folosesc ventrilocia, atât în divertisment, cât și în terapia logopedică în: terapia tulburărilor de pronunție: dislalia, rinolalia, dizartria; tulburări de ritm și fluență a vorbirii: bâlbâiala (care are cauză afectivă),





tulburări ale limbajului citit-scris: dislexie, disgrafie; tulburări de dezvoltare a limbajului: mutism psihogen. Cu ajutorul ventrilociei și păpușilor logopedice, copilul „intră” în această magie a jocului. Prin joc, mai ales cu păpușa logopedică, copiii devin dornici să învețe și participă cu plăcere la terapie și doresc să facă parte din magia oferită de jocul cu marioneta și să coopereze cu păpușa logopedică.

Cu toate acestea, jocul trebuie separat de tehnica pronunției cu păpușa logopedică folosită în imitarea unui sunet pentru că pentru copii este dificil să diferențieze terapia de joc. Astfel terapia este considerată ca joc și nu este luată în serios, ceea ce îngreunează actul terapeutic. Acesta poate fi folosit ca evaluare deși copiii percep jocul (cu marioneta) ca recompensă.

Ca logoped, eu devin „mediator” între păpușa care vorbește singură și copilul logopat. Copilul, chiar și persoanele adulte

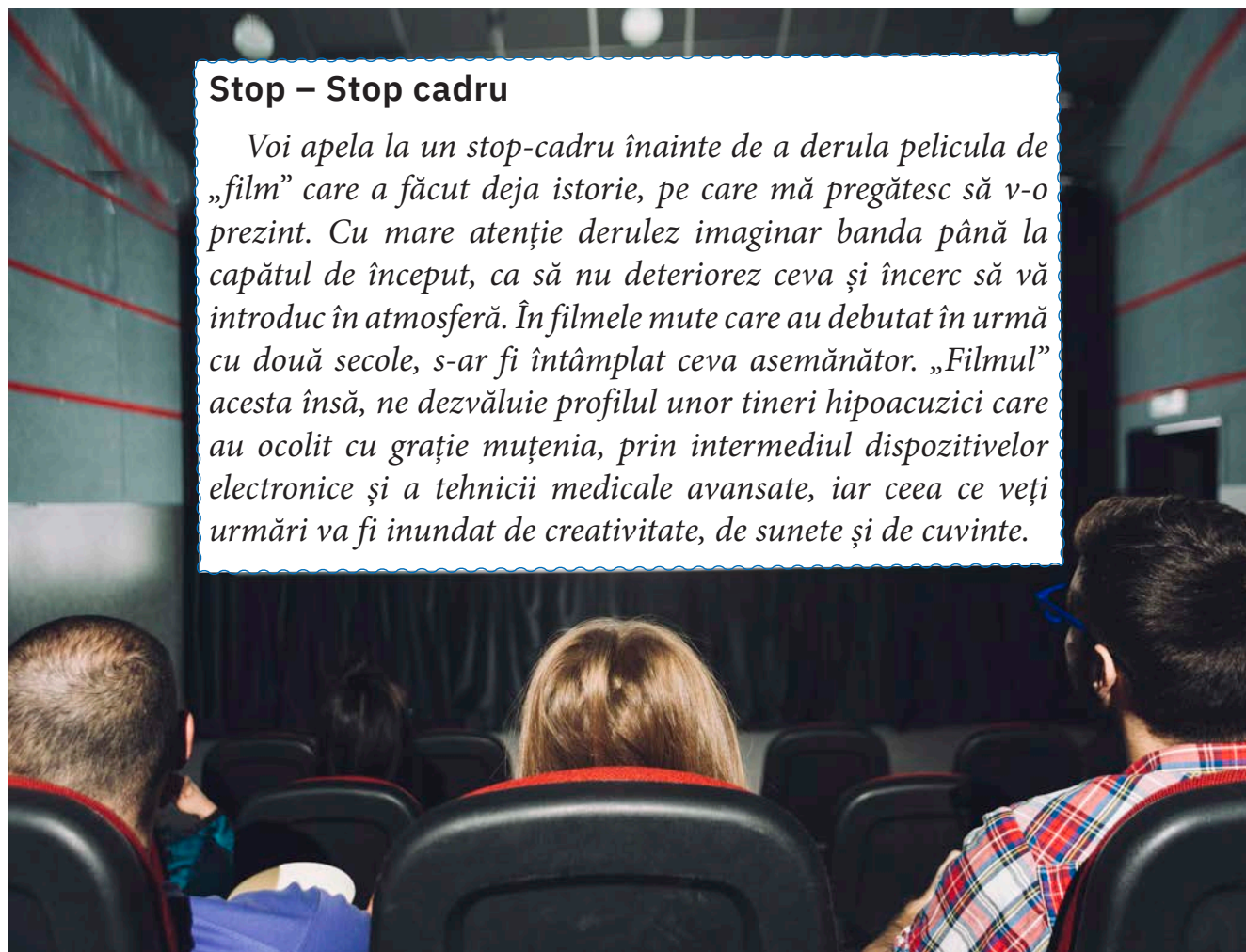
sunt „obligate” să devină „terapeuți” în propria terapie prin conștientizarea poziției limbii, a buzelor și a dinților pentru emiterea corectă a sunetelor. Astfel, s-a dezvoltat o terapie logopedică specifică: VDC (Vizualizare, Diferențiere, Conștientizare). Folosind tutoringul (din pedagogie), copilul o ajută pe păpușă, care are aceeași dificultate de pronunție ca și el, arătându-i cum se poziționează limba pentru emiterea sunetului.

Ventrilocia este, într-adevăr,
MAGIE, mai ales când este combinată
cu terapia logopedică sau alte terapii...
Întrebați copiii!

Stop cadru

MAGDA CERNEA,
Audiolog/Psiholog

Aici... Acum... Suntem în luna martie 2023, primăvara își face deja loc în inimile noastre, ghiocerii au apărut, pomii sunt deja înmuguriți, iar păsările gălăgioase își pregătesc cuiburile în lumina soarelui. Oamenii se reunesc în parcuri și pe alei, celebrând primăvara. Este o zarvă și o explozie de viață peste tot în jurul nostru. Simțiți și vedeți asta, nu-i așa?



Stop – Stop cadru

Voi apela la un stop-cadru înainte de a derula pelicula de „film” care a făcut deja istorie, pe care mă pregătesc să v-o prezint. Cu mare atenție derulez imaginar banda până la capătul de început, ca să nu deteriorez ceva și încerc să vă introduc în atmosferă. În filmele mute care au debutat în urmă cu două secole, s-ar fi întâmplat ceva asemănător. „Filmul” acesta însă, ne dezvăluie profilul unor tineri hipoacuzici care au ocolit cu grație muțenia, prin intermediul dispozitivelor electronice și a tehnicii medicale avansate, iar ceea ce veți urmări va fi inundat de creativitate, de sunete și de cuvinte.

Suntem în luna ianuarie, iarna anului 2021... un început de an marcat de imaginea oamenilor cu chipuri triste, uniformizați prin purtarea măștilor chirurgicale. Amenințarea pandemiei încă este prezentă și plutește ca un fum înecăcios peste tot mapamondul. Cu toții ne aflăm sub aceeași umbrelă sumbră, lipsită de orice fel de rol protectiv. Depresia, lipsa perspectivei, distorsionarea comunicării interuma-

ne și izolarea pândesc la fiecare pas și atacă mai ales în rândul persoanelor vulnerabile. Dacă intri în aceste capcane psihologice livrate de context și nu reușești să te adaptezi, riști să te afunzi într-o mlaștină din care cu greu vei mai putea ieși la suprafață. Una dintre strategiile reziliante ar fi să încerci să-ți aduni forțele și să realizezi ceva constructiv, căutând mereu partea luminoasă a minții și a creativității care există

în tine, în cotloane nebănuite uneori. Dacă reușești asta pentru tine, atunci poți deveni resursă și punct de sprijin pentru ceilalți. Din acest moment te poți reuni cu cei care împărtășesc aceleași credințe și valori și împreună cu ei poți porni cu încredere la drum, chiar dacă nu știi de la început încotro te vor conduce pașii.

Există nenumărate persoane vulnerabile. Categoriile lor sunt diverse și neomogene. Asupra căreia să te îndrepti mai întâi? Este nerealist să te poți împărți în mai multe direcții. Este nevoie să fii selectiv și precaut în astfel de situații și să pășești pe un teren cât de cât cunoscut, unde dispui de o oarecare experiență. Societatea civilă și ONG-urile de profil sunt cele mai potrivite pentru a oferi puncte de sprijin în astfel de cazuri.

Așadar din tot avantajul bogat am ales segmentul adolescenților și preadolescenților hipoacuzici al căror simț auditiv este deteriorat sau absent, fiind nevoiți să poarte diverse dispozitive (implant cohlear sau proteze auditive) pentru a auzi. Considerentul a fost că ei fac parte dintr-o categorie grav afectată de măsurile de protecție anti-pandemice. La această vârstă critică a multiplelor schimbări care intervin atât în plan fizic cât mai ales psihologic, în care își crează propria identitate și testează apartenența la grup, comunicarea lor cu semenii se bazează în mare parte pe labiolectură, proces perturbat și interferat de purtarea măștilor. Atât în mediul școlar cât și în cel familial și social, comunicarea verbală îngreunată și deficitară putea conduce ușor la izolare și depresie.

În tot acest context, în încercarea de a preîntâmpina acest fenomen, minunații și inimoșii prieteni și colaboratori Vero Nica și Andu Dumitrescu de la Asociația

VAR, profesioniști consacrați în domeniul teatrului și al artelor vizuale, au fost de acord să inițieze primul și unicul proiect terapeutic național destinat tinerilor hipoacuzici purtători de implant cohlear sau de proteze auditive. Astfel, împreună cu ei și în colaborare cu alte șapte asociații de profil: Asociația „Audiosofia”, Asociația „Ascultă viața”, Asociația „Koala RAV”, Asociația „Perspective pentru copiii hipoacuzici”, Asociația „Auzi Înțelegi Trăiești”, „Asociația Audiologilor din România”, „Asociația de terapie prin joc și dramaterapie din România” s-a lansat proiectul cu nume sugestiv „Amprenta Sunetului”. Sprijinul moral și material a fost oferit de Fundația Pentru Comunitate și MOL România care i-au acordat un mare vot de încredere încă de la început.

Proiectul a fost gândit într-o formulă aparte, care să ofere cât mai multor tineri din România posibilitatea de a participa. **A demarat la începutul anului 2021 cu 29 de participanți (13-18 ani)** și a fost structurat în 15 ateliere săptămânale de lucru on-line, cu durata de 90 de minute fiecare. Tinerii s-au bucurat de sesiuni de terapie prin joc, dramaterapie, tehnici de fotografie și film. Echipa care i-a coordonat pe parcursul întregului proiect a fost alcătuită din profesioniști din domeniul teatrului, dramaterapiei, audiologiei, artelor vizuale, fotografiei și filmului. Participanții au fost încurajați să se exprime prin diverse mijloace artistice cu rol terapeutic într-un cadru securizant care le-a potențat mijloacele de comunicare și creativitatea. A fost foarte important să menținem o atmosferă prietenoasă, deschisă și destinsă, în care regula de bază să fie încrederea și

respectul reciproc. Am creat acea atmosferă de echipă în care cu toții am conlucrat pentru realizarea aceluiasi scop.

Noapți albe, frământări, întâlniri periodice de echipă... un adevărat incubator de idei, intervizări, dezbateri și strategii de lucru, toate cu un singur obiectiv: să alegem cele mai potrivite soluții pentru ei. A fost o experiență inedită și provocatoare ca fiecare dintre noi să contribuie la acest demers cu viziunea și expertiza proprie.

Încununarea întregului proces a constituit-o filmul de mediu-metraj lansat la București în vara anului 2021 într-un cadru festiv. El a fost alcătuit din selecția a peste 1000 de materiale create de tineri (desene, fotografii, filme, fișiere audio) montate și prelucrate astfel încât materialele realizate de ei să ofere publicului spectator, chintesența personalității lor reflectând trăirile, emoțiile, întrebările existențiale și preocupările specifice vârstei. Filmul, cu subtitrare în limbile română și engleză, poate fi vizionat aici: <https://www.varcultural.eu/amprenta-sunetului-ro>.

Intenția noastră a fost să le înlăturăm măștile chirurgicale de pe chip în spațiul virtual, să-i încurajăm să comunice și să se exprime prin orice mijloace, iar ei ne-au întrecut orice așteptare. Ne-au învățat cum este să devii vulnerabil și puternic în același timp, înlăturând una câte una nu doar măștile personale ci și pe cele sociale și cum poți fi autentic dezvăluindu-te în fața tuturor exact așa cum ești.

Proiectul a fost apreciat de către juriul MOL România ca fiind cel mai bun proiect al ediției și de aceea i s-a oferit premiul care a garantat o nouă finanțare pentru

anul 2022. Acest proiect a constituit o lecție de viață pentru noi toți și de aceea am fost încurajați atât de tineri cât și de părinții lor, să continuăm în aceeași manieră „pelicula” și cu cea de-a doua ediție „Amprenta Sunetului #2”. Ni s-a alăturat de această dată și firma Cochlear care ne-a oferit un sprijin financiar consistent pe toată perioada derulării proiectului.

La a doua ediție au participat 18 tineri (14-18 ani), iar noi ne-am axat pe ateliere de dramaterapie, tehnici de fotografie și film, confecționare de marionete și percuție alăturându-se echipei noastre deja închegate, specialiști din domeniile amintite. Întâlnirile s-au desfășurat de asemenea on-line, săptămânal, iar produsul final l-a constituit filmul de mediu-metraj „Amprenta Sunetului #2” care reflectă visele acestor tineri și perspectivele de viitor în concordanță cu personalitățile lor aparte.

Filmul, cu subtitrare în limbile română și engleză, poate fi vizionat aici: <https://www.varcultural.eu/amprenta-sunetului-2-ro>.

Dovada faptului că aceste proiecte au fost de succes este aprecierea juriilor care au oferit premii și mențiuni la diverse festivaluri de film internaționale la care cele două filme au participat: Sittannaval International Film Festival – Best social awareness short film, Best International Film Festival – Best educational film/Honorable mention, Rohip International Film Festival – Best Social Awareness short film, Ukrainian Dream Film Festival, First-Time Filmmaker Sessions – Lift-Off Global Network, Best International Film Festival.

Încurajați de astfel de rezultate, în anul 2022 am derulat în paralel un alt proiect cu răsunet, destinat aceluiași grup țintă. Asociația VAR a câștigat finanțarea proiectului „WaveForMe” susținut de Administrația Fondului Cultural Național. Acest proiect unic nu doar în România dar și pe plan internațional, a fost gândit și implementat într-un mod aparte, scopul major fiind acela de a crea punți de comunicare în toată lumea, prin propagarea limbajului universal al artei și al culturii.

Proiectul a fost implementat în mai multe direcții:

- ✓ **realizarea și coordonarea a trei ateliere de lucru on-line** (percuție, arte vizuale și public speaking);
- ✓ **realizarea unor podcasturi disponibile pe canalul de youtube** cu adulți hipoacuzici din România și din străinătate, consacrați în domenii artistice diferite (pictură, desen, fotografie, design vestimentar, arte vizuale, muzică, arhitectură etc.) care reprezintă modele autentice de influenceri pentru aspiranți;
- ✓ **crearea unei galerii virtuale internaționale** în care se pot regăsi lucrările artistice ale tinerilor hipoacuzici din mai multe țări precum

Filipine, Ucraina, România, Statele Unite ale Americii, Iran, India și lista rămâne deschisă <https://waveforme.org/galeria-virtuala-de-arta>;

- ✓ **realizarea unei expoziții itinerante** în principalele centre culturale din România, unde există comunități de persoane hipoacuzice care fac parte din grupul nostru țintă și nu numai: Iași, Sibiu, Timișoara, București.

Ne dorim să continuăm acest demers pe termen lung și să consolidăm structura acestor două proiecte, reunindu-le într-unul singur. S-a dovedit deja că acest lucru îl putem realiza doar împreună cu sprijinul celor din comunitate, precum cu familiile și cu asociațiile de profil dar și cu finanțatori care înțeleg importanța acestui demers. Toți suntem conștienți de faptul că investim pe termen lung în viitorul acestor tineri care trebuie încurajați și susținuți mereu pe tot parcursul devenirii lor.

Suntem nerăbdători să aflăm ce ne rezervă viitorul (sunt în curs de apariție încă două podcasturi, iar în luna martie galeria virtuală se va îmbogăți cu noi creații artistice) și de aceea: ATENȚIE! 3, 2, 1 RELUĂM

Va urma



Idei practice de creștere a interesului pentru lectură

IOANA SANDU,
Psihopedagog

„Să citești cărți bune e ca și cum ai purta o conversație cu cei mai de seamă oameni ai tuturor timpurilor”

Descartes

În ultimele două-trei decenii, interesul pentru lectură – în special în rândul copiilor și adolescenților – a scăzut constant, urmare directă a accesului tot mai rapid la informația parvenită prin intermediul tehnologiei, sub forma conținuturilor video. Ființa umană este orientată instinctiv spre acumularea de experiențe care să o ajute să se adapteze mediului înconjurător în continuă schimbare- însă, în lipsa educației, tinerii pot foarte ușor cădea în capcana de a crede că informațiile pe care le preiau pasiv, prin intermediul „ecranelor”, pot suplini în totalitate cunoașterea căpătată prin lectură.

În primul rând, trebuie să fim conștienți de ușurința cu care creierul le preia pe cele dintâi, în totală antiteză cu efortul cognitiv pe care îl solicită lectura.

Pentru a ne putea „înarma”, profesori și părinți, cu tehnici prin care să mărim orientarea generațiilor tinere către cărți, trebuie să cunoaștem beneficiile aduse de lectură dezvoltării creierului și a personalității:

- ✓ crește atât numărul de conexiuni din creier (datorită memorării și prelucrării informației asimilate prin citit), cât și viteza cu care această informație este transmisă între diferitele părți ale



creierului – mai mult, lectura și crearea circuitelor neuronale sunt două procese care se susțin și se stimulează reciproc;

- ✓ crește capacitatea de focalizare a atenției (scăzută, în ultimii ani, de la o medie de zece secunde, la una de șase secunde);
- ✓ îmbogățește vocabularul și capacitatea de exprimare (un studiu făcut în Marea Britanie pe adolescenți, a arătat că cei care citesc cu plăcere în timpul liber înțeleg cu 26% mai multe cuvinte decât cei care nu o fac);
- ✓ reduce stressul (chiar și câteva minute de lectură a unei cărți agreabile sunt suficiente pentru a-l diminua cu 68%, conform unui studiu) și îmbunătățește calitatea somnului;
- ✓ crește nivelul empatiei și pe cel al dezvoltării personale și, implicit, calitatea relațiilor inter-umane;
- ✓ crește calitatea generală a vieții, prin accesul mai facil la o slujbă care asigură un nivel de trai decent.

Un sondaj făcut în rândul elevilor de gimnaziu a arătat că aceștia preferă cărțile cu multă acțiune, cu capitole scurte și dinamice, cu ilustrații sugestive, în care personajele au legătură cu viața lor și despre care au citit sau auzit recenzii bune. Așadar, se observă o asemănare cu ceea ce experimentează ei în lumea virtuală – viteză, nevoie de mister, apartenență la un grup, popularitate – așa încât „noile media” pot fi folosite pentru a le facilita accesul în lumea cărților: se pot instala softuri dedicate sau se pot utiliza tablete specializate pentru citit sau se pot orienta tinerii către grupuri sau forumuri de pe rețelele sociale în care se discută pe baza unui text sau direct cu un autor contemporan.

Iată câteva idei de stimulare a lecturii de către profesori:

1. Aceeași carte se dă de citit mai multor copii/grupe și castigă cei care identifică cel mai repede pagina la care are loc o anumită întâmplare/apare un personaj specificate de profesor;
2. Copiii creează prin desen o copertă originală, inspirată de întâmplările citite;
3. Cei mici primesc o hartă a lumii, pe care trebuie să coloreze, după fiecare lectură, locul unde s-a născut scriitorul/unde a avut loc întâmplarea etc.;
4. Plecând de la o carte citită de mai mulți copii din clasă, se pune în scenă un teatru cu personajele principale;
5. Copiii fac un concurs de expresivitate și imaginație – cine dă mai bine viață personajelor, citind cuvintele spuse de acestea cu „vocea” lor;
6. Pe o axă a timpului, copiii notează o carte care i-a marcat la un anumit moment al vieții – acest lucru îi face și pe colegi curioși în legătură cu anumite lecturi pe care nu le-au parcurs până în acel moment, iar pe elev, să-și conștientizeze propria evoluție;
7. Pe un panou, fiecare copil pune o fotografie cu el și cu volumul preferat, apoi scrie sub ea un scurt rezumat al cărții și de ce trebuie ea citită și de ceilalți;
8. În biblioteca școlii, profesorii pun semne de carte cu chipul lor în cățile care i-au impresionat cel mai mult;
9. Profesorii povestesc pe scurt conținutul unei cărți, părțile ei cele mai interesante sau emoționante, astfel încât, la sfârșit, fiecare să dorească să o împrumute de la bibliotecă (în

școlile din zonele nefavorizate, este utilă prezența în clasă a unei mini-biblioteci cu titluri noi, atractive pentru copii);

10. Copiii își prezintă cărțile citite în fața colegilor, în câteva fraze care surprind aspectele pozitive și negative pe care le-au sesizat;
11. Profesorii aduc în discuție detalii interesante din viața autorului unei cărți sau chiar îl invită la școală, atunci când este posibil;
12. Se vizionează filmul făcut după carte și se analizează diferențele dintre acesta și opera originală.
13. Pentru a face un pic mai amuzantă alegerea unei cărți pe care să o citească elevii, aceștia trag la sorți un bilețel cu o categorie: a fost publicată în acel an/se poate citi într-o singură zi/doreau de mult să o citească/se află în bibliografia școlară/le-a fost recomandată de o rudă/a fost publicată înainte să se nască/a fost interzisă la un moment dat/pe care au mai citit-o etc.

După cum spunea Simona-Elena Bernat, „profesorul devine mai degrabă o călăuză, un ghid, care spune ce e relevant, ce e valoros și ce nu, prin oceanul de informații la care putem avea acces cu atâta ușurință- el trebuie să ofere mai degrabă experiențe de învățare, trăiri emoționale intense, despre miracolul unei descoperiri, despre eleganța unei ecuații, despre plăcerea textului.” Altfel spus, trebuie să învățăm copiii să citească, dar și să își pună întrebări despre ceea ce citesc. Un mod de a încuraja lectura conștientă, mai ales la clasele mici, este să le punem copiilor întrebări legate de text,



ca acestea: „Se bazează pe ceva din viața reală?/Este vreun loc din carte în care ai fost și tu?/Ce personaj ai vrea să fii?/Cui ai mai recomanda-o?/De ce este această carte valoroasă?/Ce ai fi vrut să scrie diferit autorul?/Are ceva legătură cu viața ta?/Care este cel mai important eveniment sau personaj?/Ar fi fost ceva diferit dacă autorul avea alta vârstă sau naționalitate?/Sunt potrivite ilustrațiile?/Despre ce credeai că va fi cartea?/Autorul a fost contemporan cu personajele?/Ți-ar placea să mai citești o carte asemănătoare?/Ți-ar fi plăcut să trăiești în acea epocă?/Cum s-ar fi schimbat povestea, dacă o spunea alt personaj?” etc.

Când copiii cunosc dinainte ce anume vor putea fi întrebați despre personajul unei cărți, devin mai atenți și mai antrenați în lectură. Exemple de sarcini de lucru legate de acest aspect: „Desenează-l cât mai în detaliu./Desenează-i doar silueta./

Scrie într-o „capsulă a timpului” mesajul lui pentru cei din viitor./Scrie câteva dintre replicile lui, care îți plac mult./Fă-i un arbore genealogic./Alege două personaje și scrie asemănările sau diferențele dintre ele./Ce mesaj crezi că ar purta pe tricou?/Ce întrebări i-ai pune, într-un interviu?/Care este filosofia lui de viață?/Ce personaj ai adăuga/ai elimina din carte?

Stimularea lecturii este bine să se facă în familie, din primii ani de viață – mai întâi sub forma lecturii imaginilor, a literelor izolate, a cuvintelor și apoi a propozițiilor. Timpul petrecut de părinți citind copiilor îi face pe aceștia din urmă să asocieze lectura cu o stare de bine și de relaxare. Dorința copiilor de a citi în timpul liber crește atunci când simte că are în părinți niște parteneri – îi răspund la întrebări legate de text, îi furnizează cărțile dorite, îi dezvoltă abilitățile de viață și vocabularul prin călătorii, vizite la muzee, conversații etc.

Specialiștii afirmă că, dacă la început poate fi nevoie să oferim copiilor o motivație extrinsecă, ea va deveni intrinsecă, atunci când tânărul va simți la propriu beneficiile lecturii. De asemenea, este important ca, atâta timp cât se constată un progres constant, să fie respectat ritmul în care se citește –câteva minute pe zi sau mai multe minute, o dată la câteva zile.

Crearea un mediu propice cititului și folosirea intereselor copilului pot impulsiona dorința de lectură. Se observă, totodată, importanța exemplului personal al părinților, care pot folosi orice prilej pentru a discuta (neinvaziv) despre subiectele cărților citite.

Bibliografie:

- » Bernat, Simona-Elena, „*Tehnica învățării eficiente*”, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2003, www.cultofpedagogy.com



Grafia și importanța ei în dezvoltarea personalității copilului și adultului

VALERIA BALABAN,
Psiholog principal – logoped CMBRAE

Toți ne dorim copii sănătoși, dezvoltați normal, fericiți, dornici de a învăța, plini de energie, care să ne umple de satisfacție prin ceea ce știu, prin ceea ce pot să facă, prin felul în care se poartă și gîndesc. Totul depinde în cea mai mare măsură de noi, adulții. Noi suntem primii în care ei au cea mai mare încredere și care le decide startul în viață! Există mai multe cauze ale dezvoltării atipice: erorile genetice, malnutriția, bolile, rănilor și posibilitățile limitate de învățare (dificultăți de vîz, de auz, de mișcare, dereglări mintale etc.)

Orice problemă sau moment neînțeles privind creșterea și dezvoltarea copilului necesită consultul unui specialist (medic pediatric, psiholog, psihopedagog etc.), care va aprecia fiecare caz în parte și va face

recomandările de rigoare. Limba poate fi definită ca sistem de simboluri rostite, scrise sau exprimate prin gesturi. Limba este un sistem care le permite ființelor umane să comunice între ele. Dezvoltarea normală a vorbirii are loc pe secvențe. Dezvoltarea vorbirii (limbajul) este influențată de dezvoltarea generală a copilului: cognitivă, socială, perceptivă și neuro-musculară. De asemenea, dezvoltarea vorbirii depinde de calitatea și volumul vorbirii auzite, cu alte cuvinte de calitatea și volumul stimulilor verbali. Creșterea și dezvoltarea sunt, în mare parte, determinate de factorii moșteniți de la ambii părinți prin cele două seturi de gene care acționează independent, dar afectează și decid ritmul și limitele creșterii.

Scrisul, actul suprem al activității umane, act ce preupune mecanisme neurologice complexe, se formează pe parcursul mai multor ani. Actul scrierii urmează un traiect complex, mult mai complex decât citirea, traiect ce urmează mai multe sfere neuronale (zona auzului, vederii, înțelegerii și în final coordonarea oculomotorie). Scrisul de mîna este un mijloc de comunicare cu ajutorul căruia omul își exprimă ideile, faptele, gîndurile, acestea dăinuind în timp. Se realizează prin reproducerea pe diverse suporturi a unor semne, grafeme, folosindu-se de procese psihice superioare (gîndire, memorie, limbaj impresiv) a ideilor avute de autor la un moment dat.



Scrisul se automatizează dacă copilul are auzul integru, astfel percepțiile auditive ajung în lobul temporal unde sunt decodificate și transformate în amintiri auditive verbale, apoi lobul occipital transformă aceste amintiri în imagini (litera A) și apoi este transpusă în fonem/grafem.

Lobul parietal, unde se află percepția senzitivă, răspunde la contactele mâinii cu creionul și cu cele mai fine mișcări ale falangelor transpune pe hârtie semnul dorit. Acest lucru arată faptul că în realizarea scrierii este nevoie de integritatea mai multor zone cerebrale: lobul temporal (auzul), parietal (înțelegerea), occipital (vederea), frontal (înțelegerea, conștientizarea, anticiparea acțiunilor). Putem spune că scrisul seamănă cu o orchestrație senzorio-motorie, orchestrație complicată și bine diferențiată de diversele mecanisme ce conduc în final la apariția semnelor scrise. O simplă întrerupere a acestor mecanisme poate duce la apariția tulburărilor din sfera disgrafiei.

Disgrafia, constă în incapacitatea copilului dezvoltat normal din punctul de vedere al limbajului, auzului și intelectului, de a învăța corect și de a utiliza scrisul în condiții normale. Pot apărea manifestări de tipul: tulburări în lexia (citirea) și grafia (scrierea) vocalelor și consoanelor, în despărțirea cuvintelor în silabe, tulburări în lexia și grafia cifrelor și a numerelor na-

turale simple și a celor cu mai multe cifre. De exemplu, dacă auzul este deficitar pot apărea confuzii între consoanele surde și cele sonore (p-b, t-d, c-g, f-v), inversiuni la nivelul silabelor, fonemelor și grafemelor, omisiuni sau salturi de cuvinte/rânduri în lexie și în grafie, omisiuni de prepoziții sau conjuncții, ritm lent al copierii și parțial al citirii. Dacă vederea copilului nu este integă, *n* poate fi confundat cu *u*, *o* cu *a* etc. Apoi, dacă traiectul neuronal al mișcărilor, de la apucatul obiectului de scris, până la realizarea mișcărilor fine, este periclitat scrisul poate fi modificat (nu urmează spațiul, scrisul este mare, cu întreruperi, tremurături etc.) Ne gândim la actul scrierii, pornind de la mișcările grosiere (copilul apucă creionul ca pe o unealtă) până la poziția degetelor (pensă digitală), la funcția perceptivă și ideativă a limbajului, împreună cu componenta motivațională și emoțională a copilului și apoi la așezarea pe hârtie a cuvântului. Practic creionul împreună cu zonele aferente actului scris, dă comanda și mâna execută doar dacă a fost exersată pe parcursul mai multor ani, de la o simplă măzgăleală, măzgăleală ce rupe foaia de cele mai multe ori, până la obținerea unor înșiruri grafice cu sens. Modul în care mâna se așează pe obiectul de scris este foarte important, la început mâna apasă, nu prinde bine creionul astfel se obțin trăsături mai alungite, mai apăsate, ne rotunjite, distanțate și fără continuitate.



1-2 ani



2-3 ani



3-4 ani



4-7 ani

Activitatea motorie fină – competențe pe nivele de vârste:

- ✓ **0-3 luni** – Explorează un obiect;
- ✓ **3-6 luni** – Încearcă să ajungă la obiecte, pune lucrurile în gură;
- ✓ **6 luni-1 an** – Încearcă să țină alimente, folosește mâna și degetele pentru a juca jocuri;
- ✓ **1an-1,1/2ani** – Mâzgălește pe hârtie, încearcă să arunce și să prindă mingea;
- ✓ **1,1/2ani-2ani** – Desenează linii cu creionul, folosește lingura când mănâncă cu puțin ajutor;
- ✓ **2-3 ani** – Se spală pe dinți și se încheie la nasturi cu ajutor, copiaza un cerc, insira margele, taie cu foarfeca;
- ✓ **3-5 ani** – Construiește folosind cuburi, folosește creionul să deseneze, răsfoiește paginile unei cărți, copiaza un patrat, își scrie numele, scrie litere;
- ✓ **5-7 ani** – Desenează diverse figuri foarte ușor, se piaptană, se perie fără sprijin, decupează forme foarte clar, își scrie numele, scrie cifrele;

Important este și organul efector (mâna dreapta sau stânga, gura, piciorul). Stângacii prezintă de cele mai multe ori anumite dificultăți în scriere, își acoperă scrisul cu mâna și astfel nu se pot verifica imediat, au tendința uneori să scrie de la dreapta spre stânga.

În cazul stângacilor construcția creierului este diferită de cea a dreptacilor și atunci indicat este să nu-i corectăm, doar îi ajutăm să-și dezvolte moticitatea fină. Se știe foarte bine că intervenția în sensul contrarierii stângăciei poate duce la dezechilibre ale personalității copilului (poate apărea balbismul, strabismul, dislexia, scrisul în oglindă. Nu întotdeauna

stângacii devin disgrafici, mai degrabă cei lateralizați defectuos, cu lateralitate nefixată sau ambidextri. Scrisul în oglindă poate apărea și la persoanele normale la un moment dat în perioada copilăriei și apoi să dispară.

Scrisul prezintă o strânsă legătură cu limbajul oral și cu gândirea. Tulburările de pronunție se transpun în scris, la fel și tulburările de gândire se reflectă în forma și conținutul scrisului. Scrierea, sinteză superioară a limbajului oral combinat cu limbajul impresiv și cu modalitatea de transpunere a acestora în act grafice, transmite nu doar modul de gândire a celui ce scrie ci și conținutul individual al conștiinței. Atunci când facem transcriere gradul de participare este redus, însă în compunere, se transmit conținuturi ale gândirii, încărcături emoționale, putem spune chiar creativitatea celui ce a scris.

Studiile făcute, arată că scrierea se învață în 2-4 luni de către copilul dotat, 6-9 luni de către copilul cu o inteligență în limia normalului, însă acolo unde sunt tulburări de natură neurologică (afazii, disfazii de dezvoltare, dizabilități intelectuale, mutații genetice), scrisul se realizează mult mai lent sau rămâne într-o anumită limită. Cel care scrie, lasă prin actul său grafic, performanțe psiho-neuro-motorii complexe sau simple în funcție de nivelul de dezvoltare. La început mecanismul de percepție permite copilului să recunoască tipul de foaie pe care urmează să scrie, liniatură, apoi expune în funcție de sarcină, un desen, o figură geometrică, o literă, un cuvânt sau un text. Această activitate poate fi ori transcrisă ori compusă (desen cu tema dată, dictare, compunere). Pentru a scrie un cuvânt, de exemplu este

nevoie de recunoașterea vizuală a literelor ce compun cuvântul, acestea sunt legate de sunetele ce le compun (acestea pot suferi schimbări în funcție de sens și poziție în cuvânt-cap-pac).

În diferite medii s-a publicat faptul să scrie este o activitate în curs de dispariție datorită dispozitivelor mobile și acum trecerea învățământului în online, favorizează și mai mult acest aspect. Acest lucru va produce modificări alarmante ale dezvoltării intelectuale a ființei umane. Dacă treptat, treptat s-au produs modificări în cea ce privește pașii urmați în vederea formării motricității fine (s-a renunțat în mare parte la decupat, lipit, semnele pregătitoare – copilul scrie cuvinte, chiar propoziții cu litere de tipar, cea ce duce la automatisme groșiere în realizarea scrisului și apoi trecerea la literele de mână se va realiza cu mare dificultate). Acum în online, cei mici, grupa mare, pregătitoare și clasa I vor fi privați de aceste activități sau dacă încă se fac nu sunt realizate la același nivel ca în mediul școlar fizic.

Până aici am prezentat aspecte ale normalității actului grafic, să vedem ce se întâmplă dacă pe traiectele implicate în actul grafic apar leziuni. Aceste leziuni se pot manifesta astfel:

- ✓ dificultăți de reproducere a diferite semne;
- ✓ confuzii constante și repetate între fonemele asemănătoare acustic, între litere și grafismul lor;
- ✓ inversiuni, adăugiri, omisiuni de litere și grafeme, cuvinte sau chiar propoziții;
- ✓ greutate în combinarea cuvintelor în unități mai mari de limbaj;

- ✓ tulburări ale lizibilității, ale laturii semantice;
- ✓ grafemele sunt plasate defectuos în spațiul paginii, inegale ca mărime și formă și au o așezare dezordonată;
- ✓ textul este scurt, lacunar, fără unitate logică;
- ✓ apar omisiuni de litere și silabe, cuvinte propoziții, sintagme;
- ✓ contopiri de cuvinte, substituirii de grafeme, adăugiri de cuvinte, grafeme;
- ✓ disortografii;
- ✓ rânduri libere sau suprapuse;
- ✓ nerespectarea spațiului paginii, redarea inegală a unor grafeme;
- ✓ scrisul servil ca și cel în oglindă;

Putem descoperi un decalaj între scrierea unui subiect și stadiul psihomotor corespunzător vârstei sale (disgrafie de evoluție), având ca și cauză importantă avansul dintre dezvoltarea intelectuală și dezvoltarea motricității (precizia gestului, rapiditatea, forța de apăsare, automatizarea scrisului), cunoscând faptul că scrisul copilului evoluează odată cu creșterea și dezvoltarea acestuia. Pornind de la vorbire, apoi de la primele gesturi grafice, până la exprimarea în scris a propriei personalități. Scrisul are la bază activitatea perceptivă de explorare și asimilare a traseelor grafice (punctul, unirea a două puncte, direcția fiind în strânsă legătură cu limbajul oral la început, apoi cu cititul și cu operatorii necesari însușirii matematici. Pentru a învăța scrisul, elevul are nevoie de o maturizare grafică, maturizare ce are la baza particularități psihomotorii, cognitive afective. Tulburările ce pot apărea în efectuarea traseului grafic încă din perioada

preșcolară, poate ajuta specialistul în realizarea unui diagnostic asupra disgrafiilor de mai târziu și apoi asupra modului în care se poate realiza intervenția remedială. Aceste tulburări pot fi observate sub forma lipsei de organizare în pagină, a lipsei de îndemânare în execuția semnelor grafice, mărimea semnului, deformarea lui, apoi la școală în incapacitatea de a reda în scris grafemele, silabele, semnele de punctuație și de ortografie. Scrierea ortografică vizează în același timp stăpânirea regulilor de conversie a fonemelor în grafeme și constituirea lexicului ortografic.

Pentru a scrie ortografic, elevul face apel și la reprezentările ortografice ale literelor și ale cuvintelor stocate în memorie, pe care trebuie să le reactualizeze în activitatea de scriere.

Scrierea în limba română, care este fonetică, stăpânirea relațiilor grafeme-foneme/foneme-grafeme și nivelul de stăpânire a decodificării, depind de anumite competențe:

- ✓ conștiința fonemică;
- ✓ precizia corespondenței fonem-grafem; și grafem-fonem;
- ✓ fluența;
- ✓ înțelegerea;
- ✓ vocabularul.

La baza disgrafiilor de cele mai multe ori stau cauze neurologice (lezarea diferitelor zone din ariile responsabile de efectuarea scrisului – aria temporo parietală, aria Broca – responsabilă de evocarea cuvintelor și apoi de transpunerea acestora în scris, distrugerea girusului angular stâng-determină evocarea schemelor vizuale a literelor și a cuvintelor-leziuni în

zona auzului fonematic, în zona Wernike, zonă responsabilă de înțelegerea limbajului.

Scrisul precede cititul și atunci când avem dificultăți în însușirea lexiei, apar automat și dificultăți în grafie. În funcție de cauze, manifestările sunt diferite acest fapt ne duce cu gândul la o evaluare corectă a dificultăților, pentru că doar așa se poate interveni terapeutic corespunzător.

Pentru a realiza diagnoza scrisului vom urmări următoarele aspecte: forma literelor, mărimea, orientarea, claritatea, lizibilitatea, conținutul, silabă, cuvântul, propoziția, regulile de ortografie, regulile fonetice și gramaticale.

Terapia disgrafiei își propune să formeze la copilul disgrafic:

- ✓ **desenul** (măzgăleală, desenul după puncte, desenul liber, coloratul în contur);
- ✓ **pregătirea pentru scris** (motricitatea generală, lateralitatea, motricitatea fină, orientarea spațială și temporală, formarea câmpului grafic, a pensei digitale);
- ✓ **inițierea în grafie** (elementele pregrafice, grafismele și părțile lor componente, scrierea silabelor, cuvintelor, propozițiilor, a semnelor de punctuație și a ortografiei);
- ✓ **înțelegerea grafemelor** (stabilirea cu ușurință a relației dintre fonem, grafem și cuvânt, scrierea după dictare fără dificultate);
- ✓ **înțelegerea grafiei** prin utilizarea scrisului în propria activitate, spontan, fără ajutorul terapeutului.

Intervenția terapeutică pentru remedierea grafiei ar fi ideal să se realizeze cât mai de timpuriu, astfel încât grafia să cunoască o dezvoltare cât mai optimă.

Prezentăm mai jos scrisul și evoluția lui la câțiva copii și un adult la care noi am intervenit în vederea remedierii.

Scrisul lui M.P. (disortografie)

M.C – 54 de ani, afazie începutul terapiei

M.C – 54 de ani, afazie finalul terapiei

R.P 12 dislexie/disgrafie

M.B-8 ani dislexie/disgrafie

Bibliografie:

- » Albu, A.; Albu, C. (1999) „**Psihomotricitatea la vârsta de creștere și dezvoltare**”, Iași, Editura Spiru Haret;
- » Boșcaiu, E. „**Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire în grădinițele de copii**”, București, Editura Didactică și Pedagogică;
- » Burlea, G. (2007) „**Tulburările limbajului scris-citit**”, Iași, Editura Polirom;
- » Bâlbăie, V., și Pricop, M., **Culegere de material metodic pentru corectarea dislaliilor** Ed. Did. și pedagogică, București, 1979.
- » Bâlbăie, V., **Semiologia dislexiei și terapia ei** Editura PIM Iași 2010
- » Bâlbăie, V., **O interesantă cazuistică logopedică și terapia ei** ed. Pim Iași 2008
- » Guțu, M. (1974). **Logopedia**. U.B.B., Cluj-Napoca.
- » Guțu, M. (1993). **Note de curs**. U.B.B., Cluj-Napoca.
- » Ioan Dorin Radu/Gheorghe Ulici **Evaluarea și educarea psihomotricității** Ed. Fundatiei Humanitas / Bucuresti 2003
- » J.DE Ajuriaguerra-**Scrisul copilului volumul 1** Editura Didactică și pedagogică București 1980
- » J.DE Ajuriaguerra-**Scrisul copilului volumul 2** Editura Didactică și pedagogică București 1980

Recenzie

Dislexia e superputerea mea (de cele mai multe ori)

BETI ANA CIOACĂ

– interviuri de Margaret Rooke, Ed. Gama 2017

Cufundat în acest periplu prin sufletul tinerilor, pătrunzi în coridoarele acelui escape – room. Fiecare copil sau tânăr încearcă să dea adultului „responsabil” rețetarul necesar ieșirii din labirint.

Spune un tânăr din Scoția: dislexia „mă definește ca persoană”, iar un preadolescent spune: „persoanele cu dislexie se pricep să asculte”.

Mecanismele de adaptare ale dislexicului la mediul academic este multifacțat: de la tușe în desen, la imagerie sau găsirea unor noi soluții care să-l elibereze din capcană.

Scrisorile vorbesc despre părinți și cadre didactice care sunt suportivi și despre aceia care nu înțeleg diagnosticul și nu cred în el.

Unii dislexici învață prin desen, alții prin aplicarea hărților mentale. Alții se compară cu alți dislexici care au reușit în viață. Cert este că majoritatea dislexicilor sunt creativi și empatici.

Există și dislexici foarte buni la matematică, iar alții excelează în imagerie. Fiecare individ are o vocație, numai că trebuie să o caute și să o găsească. Astfel, cu ajutorul motivației vor găsi domeniul în care s-ar putea să exceleze în viitor.

Copiii cu dislexie au nevoie de suport din partea adulților. Aceștia din urmă trebuie să găsească formula magică care să le dea încredere în ei înșiși. Ei (dislexicii) nu sunt proști, ci au o manieră diferită de a rezolva problemele academice.

