



# LOGOS

NR. 32/ OCTOMBRIE 2025



Asociația Logopezilor din România

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

[www.logopezi.ro](http://www.logopezi.ro)

## COLECTIVUL DE REDACȚIE:

**Redactor șef:** Valeria Balaban

**Redactor:** Betia Ana Cioacă

**Grafică:** Gabriela Stan

**Ilustrații:** freepik, dreamstime, arhivă autori

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 biual  
(aprilie și octombrie).**

Articolele colaboratorilor vor fi trimise pe adresa [betiana.cioacă@gmail.com](mailto: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

BIBLIOGRAFIE

ANEXE (dacă este cazul)

IMAGINI (dacă este cazul)

trimise și separat, .jpg, .png sau .tiff)

# CUPRINS



<b>Relația empatică între Copil-Apartinător-Logoped în corectarea tulburărilor de pronunție</b> CIOACĂ BETI-ANA, logoped principal	3
<b>Demontarea miturilor din logopedie: între convingeri populare și realități științifice</b> FLAVIUS MIHĂIȚĂ, psiholog clinician, logoped	6
<b>Importanța conștiinței fonologice în învățarea citit-scrisului</b> BALABAN VALERIA, psiholog principal, logoped	10
<b>Neurobiologia dislexiei</b> BALABAN VALERIA, psiholog principal, logoped	15
<b>Povestea terapeutică în procesul terapiei logopedice</b> TOHĂNEAN CRISTINA, psiholog principal în psihologie clinică și psihoterapeu cognitiv-comportamentale ȚIGĂNĂȘ MIRELA, psiholog principal în psihologie clinică, psiholog specialist în psihoterapie ericksoniană și hipnoza clinică	34
<b>Aspecte practice privind utilizarea terapiei Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT) în tulburările de neurodezvoltare</b> JIBOC ANGELA MARIANA, psiholog clinician, psihoterapeut cognitiv-comportamental, logoped	37
<b>Comunicarea la copii nonverbali cu autism</b> FELICIA PLOȘCEANU, psiholog doctorand, Chișinău BODORIN CORNELIA, doctor în psihologie, Chișinău	41
<b>Terapia logopedică la copiii non-verbali: intervenție timpurie, metode moderne și abordări personalizate</b> MODORAN ELENA, logoped	45
<b>ABA și DIR Floortime nu sunt terapii, sunt abordări terapeutice</b> MUNTEANU ALINA, Centrul ASPERA	48
<b>Rețete de jocuri pentru stimularea vorbirii la copiii mici</b> CRIȘAN IOANA MARCELA, logoped și psihopedagog	51
<b>Logopedia practică – prin jocuri și exerciții</b> CIOACĂ BETI-ANA, logoped principal	51
<b>RECENZII: <a href="#">Lopopedie aplicată.</a> <a href="#">Să pronunțăm corect! Kit de logopedie</a></b>	61



## Relația empatică între Copil-Apartținător-Logoped în corectarea tulburărilor de pronunție

CIOACĂ BETI ANA – logoped principal, Vicepreședinte ALR

**Copilul cu tulburări de pronunție și de vorbire vine la cabinetul logopedic însoțit de aparținători (părinți, bunici, bone). El este diagnosticat fie în grădinițe și școli, sau pur și simplu, aparținătorii se adresează unui specialist îngrijorati de faptul că pruncul (ajuns deja la vârsta conversațiilor) nu se poate exprima fluent în limba română.**

### Ce presupune vârsta conversațiilor?

Până la 3 ani este posibil ca un copil să prezinte dificultăți în pronunția unor sunete. Este etapa fiziologică. Organele fonatorii nu sunt încă maturizate. Este acel stadiu de creștere în care mușchii fonoarticulatori se dezvoltă, iar creierul își structurează rețelele neuronale. Aparținătorii, neliniștiți, se adresează specialistului sperând ca pronunția copilului să se recupereze cât mai rapid, astfel încât copilul să fie înțeles de congeneri și adulți fără a fi etichetat drept retardat. Numai că există diagnostice grave (alalia, rinolalia, hipoacuzia, palatoschizis, autism) în care intervenția timpurie face diferența.

**Logopedul** va trebui să fie deschis în relația comunicatională cu aparținătorii, să le ofere informații clare, bine documentate, pe înțelesul lor privind traseul ce trebuie urmat în terapia logopedică.

Dacă tulburările de pronunție și de limbaj persistă după vârsta de 5 ani (vârsta conversațiilor) este imperios necesară intervenția logopedică oentru a se evita automatizarea modului defectuos de pronunție. În anumite cazuri, logopedul poate să solicite aparținătorilor să se adreseze și altor specialiști: psihoterapeuți, psihiatrii, neurologi, doctori orl, endocrinologi..... pentru a avea certitudinea unui diagnostic logopedic corect.

## Logoped-copil-aparținători pe terenul jocului

Vârsta la care copilul învață să vorbească, să își exprime dorințele și nevoile este în jur de 2 ani. Dar fiecare copil are propriul său ritm de dezvoltare. Unii copii încep să spună propoziții simple chiar la 18 luni (de ex.: *Dă apa, hai, pa...*). În jurul vârstei de 24 de luni copilul înțelege ce i se spune. **Apare jocul simbolic.** O oală poate deveni o tobă. O fundă poate deveni o șină pe care merg vagoanele reprezentate prin pietricele. Copilul are nevoie de joc ca să înțeleagă lumea, iar aparținătorii vor deveni parteneri de joc. Logopedul poate oferi aparținătorilor structuri de jocuri care să ajute la dezvoltarea pronunției corecte (ex.: *ce spune mama-rață puișorului neascultător? Oare ce vorbesc animalele? Călătorie în țara miracolelor...*). Logopedul trebuie să fie creativ și să înțeleagă faptul că atenția focusată asupra unei sarcini nu poate dura mai mult de 10 minute. Terapia logopedică la aceste vârste presupune jocul cu sunete. Logopedul va îmbina pronunția pronunția cu ajutorul fișelor de colorat pronunția și mișcările fine ale mâinii (ex.: *colorează acele imagini care încep cu sunetul...., găsește intrusul – adică cuvintele care nu conțin sunetul țintă de emis*). Terapia logopedică începe prin fortificarea pulmonară prin exerciții de inspir/expir, gimnastica limbii, obrazilor, buzelor, maxilarelor spre onomatopee, cuvinte cu sens și fără sens, cuvinte cu suport concret sau imagistic). **Nu este ușor ca la 4-5 ani să îți copilul nemișcat în terapie.** De aceea trebuie să se îmbine jocul, cântecul și mișcarea. Astfel copilul se va simți bine, fără sentimentul presiunii. Copilul nu este un robot care repetă cuvinte.

Mi-aduc aminte de un caz. Am fost rugată să Evaluez un copil de 3 ani care nu vorbea. Bunica a fost cea care s-a auto-sesizat. Era în perioada vacanței de vară. Mi-am luat trusa cu jucării. Copilul avea propria cameră înțesată cu plușuri și mașini și un televizor mic permanent în funcțiune. Părinții nu erau acasă. Erau avocați. Acasă erau două doamne: menajera și bona. Fiecare cu activități specifice. Copilul a fost foarte interesat de jucăriile aduse. Am început să ne jucăm. Copilul înțelegea toate cerințele jocului. Dar niciun sunet. Când au venit părinții au asistat la jocul nostru. La final am consiliat părinții și le-am vorbit despre „baia de limbaj” și scoaterea televizorului din cameră. Copilul căruia nu i se vorbește nu va vorbi. Când am plecat copilul mi-a spus „pa”. Prima silabă – cuvânt. Între mine și copil se crease puntea empatică care a deblocat limbajul. Azi copilul e licean și vorbește trei limbi.

## Lumea adultă vs. Lumea copilăriei

În lumea de azi ultradigitalizată părinții continuă să creadă că toate jocurile din aplicații pot ajuta la dezvoltarea pronunției și limbajului. Numai că nu este așa. Majoritatea aplicațiilor și jocurilor digitale sunt în limba engleză. Din unele aplicații se poate îmbogăți sfera cognitivă. Dar numai cu ajutorul adultului care devine ghidul lui în limba română.

Știm că părinții în ziua de azi sunt foarte ocupați. Dornici să își construiască cariere. Numai că trebuie să își reconsidere timpul alocat copilului. Dacă va simți părintele lângă el, încurajându-l, copilul nu se va simți abandonat. Nu va mai exista rușinea

că nu poate pronunța corect unele sunete. Feed-backul părinților îl va ajuta să depășească barierele în comunicare. Acel „bravo” cu sens îi va da încredere.

**Am întâlnit de-a lungul timpului și părinți-translatori care încercau să facă cunoscut mesajul copilului.** A trebuit să explic părinților că la școală nu vor fi lângă el și se pune întrebarea cum se vor face înțeleși fără translator. Părinții și-au înțeles eroarea. **Copilul cu tulburări de pronunție și de comunicare nu trebuie corectat la fiecare sunet pronunțat greșit. Copilului trebuie să i se ofere modelul corect al cuvântului.** Procesarea auditivă îl va ajuta să pronunțe corect. Corectarea excesivă conduce la fobia de a vorbi sau atitudini fie bufonice, fie agresive.

Ca să fii un terapeut al limbajului trebuie să înțelegi atât lumea copilului, dar și lumea adultului și să pui cele două lumi în echilibru.



# DEMONTAREA MITURILOR DIN LOGOPEDIE: Între convingeri populare și realități științifice

FLAVIU MIHĂIȚĂ – psiholog clinician, logoped Cabinet Individual de Psihologie, București

Logopedia, ca disciplină științifică aflată la intersecția dintre psihologie, lingvistică și neuroștiințe, este adesea înconjurată de mituri persistente, care pot distorsiona percepțiile publicului larg și pot conduce la întârzierea intervenției terapeutice. Lipsa accesului la informații validate științific, combinată cu mitologia parentală transmisă intergenerațional, menține un cadru dezinformativ care afectează nu doar copiii, ci și specialiștii chemați să intervină.



**Acest articol are ca obiectiv demontarea unora dintre cele mai răspândite idei eronate din logopedie, în baza cercetărilor recente și a ghidurilor internaționale de bună practică.**

## MITUL 1:

### „Fiecare copil vorbește în ritmul lui.”

Deși variabilitatea individuală este un fapt acceptat, aceasta nu justifică ignorarea semnelor de întârziere. Studiile longitudinale (*Rescorla, 2011; Henrichs et al., 2011*) indică faptul că întârzierea vorbirii expresive la 24 de luni este un predictor semnificativ pentru dificultăți de limbaj și învățare în anii școlari. Potrivit ghidului „Communication Trust Milestones” (UK), un copil de 2 ani ar trebui să aibă un vocabular activ de minimum 50 de cuvinte și să combine două cuvinte în propoziții simple.

## MITUL 2:

### „Va vorbi când merge la grădiniță.”

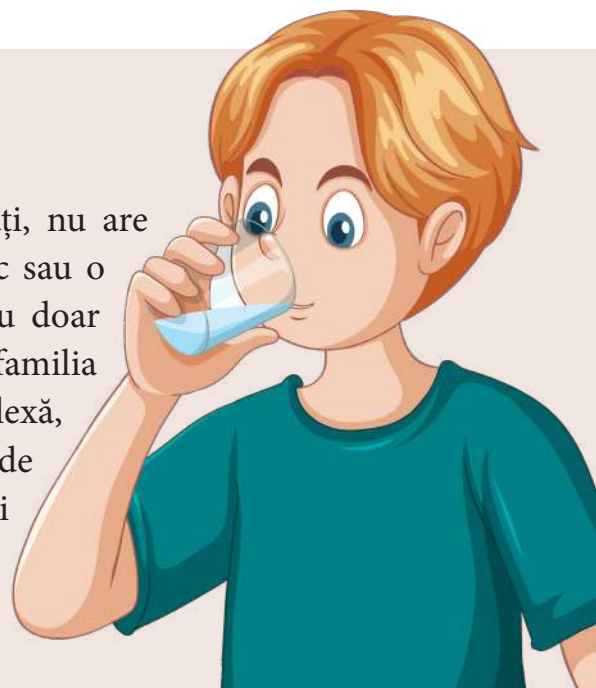
Socializarea nu poate înlocui intervenția specializată. Interacțiunile cu ceilalți colegi pot stimula exprimarea, însă nu corectează deficite de procesare auditivă, tulburări articulatorii sau afectări de neurodezvoltare.

Conform recomandărilor din „American Speech-Language-Hearing Association” (ASHA), orice întârziere suspectată ar trebui investigată încă de la vârsta de 18 luni. Intervenția timpurie este critică pentru a beneficia de perioada de maximă neuroplasticitate (*Zwaignbaum et al., 2015*).

### MITUL 3:

#### „Să bea apă dintr-un clopoțel și o să vorbească!”

Această practică, încă întâlnită în unele comunități, nu are niciun fundament științific. Ideea că un gest simbolic sau o „superstiție” poate declanșa dezvoltarea limbajului nu doar că întârzie intervenția necesară, dar și culpabilizează familia în mod inutil. Limbajul este o funcție cognitivă complexă, bazată pe maturizarea cerebrală, input lingvistic de calitate și interacțiune constantă. În lipsa unei intervenții specializate, astfel de practici pseudo-magice nu doar că sunt ineficiente, ci pot duce la pierderea ferestrei optime de neurodezvoltare (Zwaigenbaum et al., 2015).



### MITUL 4:

#### „R, S și alte sunete apar de la sine.”

Achiziția fonemelor are o cronologie relativ predictibilă. Sunetele precum [s], [r] sau [ș] sunt achiziționate între 4 și 6 ani, dar lipsa lor după 5 ani este considerată patologică. Studiile lui Smit et al. (1990) arată că persistarea dislaliilor simple peste această vârstă reduce șansele de corectare spontană.

Intervenția logopedică precoce previne consolidarea unor scheme articulatorii greșite.

### MITUL 5:

#### „Copilul vorbește urât pentru că imită ce aude.”

Copilul nu „improvizează” foneme greșite din mimetism, ci pentru că nu are încă abilitatea de discriminare fonemică sau controlul motor necesar pentru a produce corect sunetul. Fonologia și articularea implică procese neurologice, nu doar culturale (Stoel-Gammon, 2010).



## MITUL 6:

### „Îi e rușine, dar acasă vorbește.”

Acest comportament este adesea legat de mutismul selectiv, o tulburare de anxietate ce afectează 0.1–1% dintre copii (Bergman et al., 2002).

Diagnosticarea precoce și colaborarea între logoped și psiholog este esențială pentru a stabili dacă este vorba despre o timiditate accentuată sau despre o condiție clinică.

## MITUL 7:

### „Băieții încep să vorbească mai târziu decât fetele.”

Studiile arată diferențe medii spre mici în achiziția limbajului între sexe, dar acestea nu sunt suficient de mari pentru a justifica lipsa evaluării. (Eriksson et al., 2012).

Tolerarea acestei idei duce frecvent la ignorarea tulburărilor de limbaj la băieți și la întârzierea tratamentului.



## Consecințele perpetuării acestor mituri

### Persistența acestor mituri contribuie la:

- » întârzierea diagnosticării tulburărilor de vorbire și limbaj (ex: dislalie, întârzierea dezvoltării limbajului, tulburări din spectrul autist);
- » pierderea ferestrei optime de intervenție (0–6 ani);
- » stres parental și apariția unor strategii neproductive (ex: pedeapsă, rușinare);
- » internalizarea etichetelor negative de către copil (Lowell et al., 2018).

## Rolul logopedului în context interdisciplinar

### Logopedul nu este doar un „corector de sunete”, ci un profesionist care:

- » evaluează structura și funcția limbajului în contextul dezvoltării globale;
- » identifică co-morbidități: ADHD, TSA, tulburări de învățare;
- » colaborează cu alți specialiști (psiholog, neurolog, ORL-ist);
- » susține familia prin consiliere și orientare în intervenție.

## Recomandări finale

- » Adresați-vă unui logoped la primele semne de întârziere;
- » Nu amânați evaluarea sub pretextul „fiecărui copil cu ritmul lui”;
- » Sprijiniți copilul prin medii favorabile comunicării (joc simbolic, dialog constant, lectură);
- » Evitați miturile și consultați literatura științifică sau specialiști acreditați.

## Bibliografie selectivă

- Rescorla, L. (2011). Late talkers: do good predictors of outcome exist? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17(2), 141–150.
- Bishop, D.V.M. (2017). Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(6), 671–680.
- Smit, A.B. et al. (1990). The Iowa articulation norms project. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 779–798.
- Henrichs, J. et al. (2011). Early vocabulary delay and behavioral/emotional problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(3), 306–314.
- Eriksson, M. et al. (2012). Gender differences in early communication development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 77(2), 1–27.
- Bergman, R. L. et al. (2002). Selective mutism: A review of the evidence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(8), 938–946.
- Stoel-Gammon, C. (2010). The Word Complexity Measure: Description and application to developmental phonology and disorders. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 24(4–5), 271–282.
- Zwaigenbaum, L. et al. (2015). Early intervention for children with ASD. *Pediatrics*, 136(Supplement 1), S60–S81.
- Lowell, A., Maypilama, E., & Fasoli, L. (2018). Communicating across cultures in early childhood intervention. *Australasian Journal of Early Childhood*, 43(4), 60–68.



## Importanța conștiinței fonologice în învățarea citit-scrisului



VALERIA BALABAN, psiholog principal logoped, peședinte Asociația Logopezilor din România

Învățarea cititului și a scrisului reprezintă o achiziție fundamentală a copilului în primii ani de școală și constituie baza dezvoltării cognitive, educaționale și sociale. Numeroase cercetări din domeniul psiholingvisticii, al psihologiei cognitive și al neuroștiințelor educaționale demonstrează că unul dintre cei mai importanți predictorii ai succesului școlar timpuriu este nivelul conștiinței fonologice. Aceasta se referă la abilitatea copilului de a recunoaște, segmenta și manipula unitățile sonore ale limbajului oral, a propozițiilor, cuvintelor, silabelor, fonemelor. Conștiința fonologică este fundamentul proceselor de decodare fonem-grafem și, implicit, al formării mecanismelor cititului și scrisului. Copiii care prezintă dificultăți în dezvoltarea conștiinței fonologice sunt predispuși la întârzieri sau tulburări de învățare precum dislexia, disgrafia sau alte dificultăți specifice de citit-scris.

Conștiința fonologică reprezintă capacitatea de a conștientiza structura sonoră a limbajului și de a opera cu elementele ei.

Ea include mai multe niveluri:

- » **Conștiința propoziției** – recunoașterea și numărarea cuvintelor dintr-o propoziție.
- » **Conștiința cuvântului** – identificarea și segmentarea cuvintelor în unități sonore mai mici.
- » **Conștiința silabei** – capacitatea de a despărți cuvintele în silabe și de a manipula aceste unități.
- » **Conștiința rimei și aliterației** – recunoașterea asemănarilor sonore între cuvinte.
- » **Conștiința fonemică** – abilitatea de a identifica, izola, adăuga sau substitui foneme într-un cuvânt.

Dezvoltarea acestor abilități începe încă din perioada preșcolară și progresează treptat, sub influența expunerii la limbaj, a jocurilor lingvistice și a activităților de prealfabetizare.

Un copil care nu a dobândit abilități fonologice până în clasa I are un risc crescut de:

- » întârziere în citire și scriere,
- » dificultăți în înțelegerea textului,
- » dezvoltarea unor tulburări precum dislexia fonologică.

Numeroase studii au găsit că nivelul de dezvoltare al conștiinței fonologice în grădiniță este cel mai bun predictor al succesului în citit în clasele primare, mai puternic chiar decât IQ-ul sau vocabularul.

Lipsa conștiinței fonologice este întâlnită la copiii cu:

- » dislexie;
- » întârzieri în dezvoltarea limbajului;
- » tulburări de auz sau neurologice.



Copiii cu **tulburări de dezvoltare a limbajului, dislexie, întârziere în dezvoltarea cognitivă** sau cei crescuți în medii cu stimulare lingvistică redusă pot manifesta dificultăți în dezvoltarea acestei abilități. Intervenția timpurie, logopedică și educațională, este esențială pentru prevenirea deficiențelor ulterioare. Conștiința fonologică este o piatră de temelie în procesul alfabetizării. Ea nu trebuie privită ca un rezultat al învățării cititului, ci ca o **prerechizită** a acestuia. Într-un cadru logopedic sau educațional, dezvoltarea conștiinței fonologice trebuie să fie **intenționată, structurată și adaptată vârstei copilului.**

## Etapele principale ale dezvoltării conștiinței fonologice

### 1. Conștiința propozițională (3–4 ani)

Copilul învață că propozițiile sunt alcătuite din cuvinte distincte.

*Exercițiu tipic: Aude o propoziție și bate din palme la fiecare cuvânt:* „Pisica aleargă repede.” → 3 bătăi.

### 2. Conștiința silabică (4–5 ani)

Copilul poate separa un cuvânt în silabe și le poate număra.

*Exercițiu tipic: Desparte în silabe:*

„ca-me-ră” → 3 silabe.

Poate recunoaște silabe inițiale identice (*ma-re, ma-sa*) sau poate forma cuvinte prin combinarea de silabe.

### 3. Recunoașterea și producerea de rime (4–6 ani)

Copilul recunoaște că unele cuvinte „sună la fel la sfârșit” și poate crea rime simple.

*Exercițiu tipic: Ce rimează cu „casă”?* (masă, rasă).

Este etapa ideală pentru poezii, ghicitori, cântece cu rimă.

### 4. Identificarea sunetului inițial și final (5–6 ani)

Copilul devine capabil să izoleze sunetul de la începutul și sfârșitul unui cuvânt.

*Ce au în comun cuvintele „floare” și „fân”?* → sunetul /f/

*Ce sunet auzi la sfârșitul cuvântului „pat”?* → /t/

### 5. Conștiința fonemică (6–7 ani)

Este nivelul cel mai avansat: copilul identifică, izolează, adaugă, înlocuiește sau elimină **foneme** (sunete individuale).

» **Segmentare fonemică:**

*Ce sunete are cuvântul „sac”?*

→ /s/ - /a/ - /c/

» **Fuziune fonemică:**

*Ce cuvânt obții din /m/ - /a/ - /s/ - /ă/?* → „masă”

» **Manipulare fonemică:**

*Spune „pat” fără /p/* → „at”

*Înlocuiește /m/ cu /s/ în „măr”* → „săr”

Dezvoltarea acestor etape **nu este strict liniară**. Ele se pot suprapune și influența reciproc. Copiii cu tulburări de vorbire, întârziere în dezvoltarea limbajului sau expunere lingvistică redusă pot rămâne blocați în fazele incipiente. Intervenția logopedică ajută la accelerarea tranziției de la silabă la fonem.

### Componentele conștiinței fonologice relevante pentru citit-scris

- » **Conștiința silabică** – capacitatea de a identifica și manipula silabele în cuvinte (ex. *despărțirea în silabe, adăugarea sau eliminarea unei silabe*).
- » **Conștiința fonemică** – abilitatea de a percepe și modifica foneme în cadrul unui cuvânt (ex. segmentarea în sunete: *ma-să*).
- » **Rima** – recunoașterea și generarea de cuvinte care rimează, esențială pentru dezvoltarea sensibilității fonologice.
- » **Identitatea și poziția fonemului** – capacitatea de a recunoaște foneme comune în poziții diferite din cuvinte.



- » **Manipularea fonemelor** – adăugarea, eliminarea sau înlocuirea fonemelor (ex. din *rata* scoți *r* și rămâne *ată*).

### Rolul conștiinței fonologice în citit

Procesul citirii se bazează pe **decodarea relației dintre grafeme (litere) și foneme (sunete)**. Copilul trebuie să înțeleagă că:

- 1 Vorbirea este alcătuită din unități sonore discrete.
- 2 Aceste unități pot fi reprezentate prin semne grafice (litere).
- 3 Combinarea fonemelor formează cuvinte, iar combinarea cuvintelor dă sens propozițiilor.

Astfel, un copil cu o conștiință fonologică bine dezvoltată va învăța mai ușor să citească, pentru că este capabil să **analizeze și să sintetizeze sunetele** și să le asocieze corect cu simbolurile grafice.

### Rolul conștiinței fonologice în scris

Rolul conștiinței fonologice în scris este esențial, deoarece reprezintă fundamentul pe care se construiește abilitatea de a scrie corect și coerent.

Scrisul este procesul invers cititului: copilul trebuie să segmenteze cuvântul rostit în silabe, foneme și să le transpună în litere.

*Exemplu:* cuvântul „masă” → /m/ - /a/ - /s/ - /ă/ → m-a-s-ă.

Dacă copilul nu poate identifica fonemele, va avea dificultăți în transcriere și pot apărea erori precum omisiuni, substituții sau inversiuni.

Prin urmare, **scrierea fonetică** depinde în mod direct de nivelul conștiinței fonemice, componentă esențială a conștiinței fonologice.

Studiile longitudinale (*Bradley & Bryant, 1983; Stanovich, 1992*) au arătat că nivelul conștiinței fonologice măsurat în perioada preșcolară și școlară mică prezice performanțele ulterioare la citit.

Cercetările neuroștiințifice au confirmat că zonele cerebrale implicate în procesarea fonologică (*aria lui Broca, girusul temporal superior, girusul angular*) sunt activate în timpul citirii și scrierii. La copiii cu dislexie s-au identificat deficite fonologice persistente, care explică dificultățile lor de decodare și ortografie.

### **1. Corelarea sunet-grafem.**

Conștiința fonologică permite copilului să facă legătura între sunetele limbii vorbite și literele sau grupurile de litere din limbajul scris. *Exemplu:* dacă copilul recunoaște că sunetul /m/ se află la începutul cuvântului „măr”, va putea să îl transcrie corect ca literă „m”.

### **2. Decodare și scriere fonetică.**

Copiii cu o bună conștiință fonologică pot descompune cuvintele în sunete individuale și le pot reda pe hârtie. În scrierea fonetică inițială, copilul transcrie sunetele așa cum le aude, ceea ce ajută la dezvoltarea abilităților de ortografie.

### **3. Ortografie și autocorectare.**

Dezvoltarea conștiinței fonologice sprijină recunoașterea modelului corect de scriere. Copilul poate verifica dacă fiecare sunet corespunde unei litere sau grup de litere și poate corecta erorile în timp ce scrie.

### **4. Scriere rapidă și fluentă.**

Conștiința fonologică contribuie la automatizarea procesului de scriere, deoarece copilul nu mai trebuie să „ghicească” literele sau silabele. Fluența scrisului crește pe măsură ce copilul recunoaște rapid structurile fonologice ale cuvintelor.

### **5. Competențe avansate.**

Permite segmentarea și combinarea sunetelor complexe pentru a forma cuvinte și propoziții corecte. Sprijină ortografia cuvintelor noi și capacitatea de a scrie dictări fără erori majore.

## **Metode de dezvoltare a conștiinței fonologice**

Pentru a sprijini copiii în achiziția citit-scrisului, educatorii și logopezii utilizează o serie de activități specifice:

- » Jocuri de despărțire în silabe și identificare a sunetelor inițiale/finale.
- » Exerciții de rime și aliterații.
- » Manipularea fonemelor (adăugare, substituție, omisiune).
- » Activități de potrivire sunet-literă.
- » Cântece, poezii, ghicitori ritmice.
- » Metode fonetice analitico-sintetice (Borel-Maisonny, Meixner).

Aceste exerciții, integrate în activitățile educaționale și terapeutice, favorizează o mai bună pregătire pentru citit și scris.

**Conștiința fonologică** reprezintă piatra de temelie a alfabetizării. Ea facilitează asocierea dintre limbajul oral și cel scris, constituind predictorul cel mai sigur al succesului școlar în domeniul citit-scrisului.

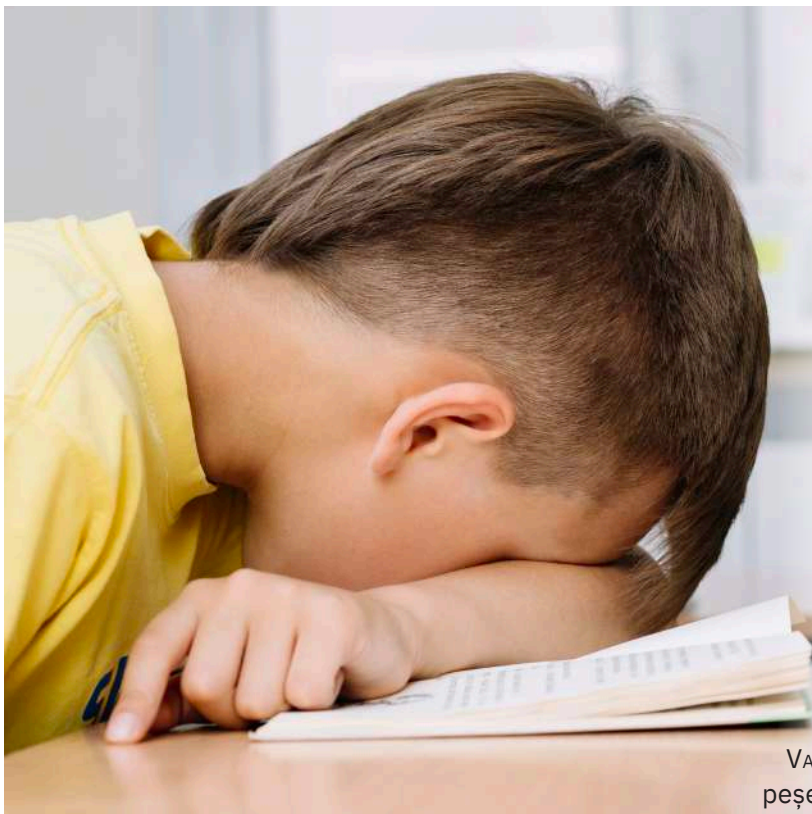
Intervenția timpurie pentru stimularea abilităților fonologice este esențială, mai ales la copiii cu risc de tulburări de învățare.

*O educație care pune accent pe dezvoltarea conștiinței fonologice încă din perioada preșcolară contribuie la prevenirea dificultăților de citire și scriere și la formarea unei baze solide pentru învățarea pe termen lung.*



### **Bibliografie:**

- Bodea Hațegan, C. (2013), *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj*, Iași: Editura Polirom.
- Bodea Hațegan, C. (2019), *Evaluarea și intervenția logopedică*, Iași: Editura Polirom.
- Radu, Gh. & Vrășmaș, E. (2000), *Psihopedagogie specială. Sinteze*, București: Editura Didactică și Pedagogică.
- Vrășmaș, E. (2001), *Dificultăți de învățare. Ghid pentru cadre didactice*, București: Editura Credis.
- Păunescu, C. (1994), *Fundamente ale psihopedagogiei speciale*, București: Editura Didactică și Pedagogică.



## Neurobiologia dislexiei

Citirea este o sarcină cognitivă extrem de complexă, care implică decodarea cuvintelor și înțelegerea materialelor tipărite sau scrise. Decodarea eficientă a cuvintelor este o condiție prealabilă pentru înțelegere.

În majoritatea cazurilor, procesul de citire are succes.

VALERIA BALABAN, psiholog principal logoped, peședinte Asociația Logopezilor din România

Cu toate acestea, în aproximativ 10-15 la sută din populație nu este. Eșecurile întâmpinate în actul citirii sunt denumite în mod obișnuit dislexie de dezvoltare. Au fost propuse diferite teorii în încercarea de a înțelege fenomenul dislexiei. Unele teorii sunt descriptive și se concentrează pe inexactitatea și lentoarea/disfluența citirii cuvintelor în rândul dislexicilor (vezi *British Psychological Society*, 1999: 18 pentru definiția dislexiei), în timp ce altele își propun să explice dislexia (*Lyon și colab.*, 2003).

**În cazul dislexiei, deficitul principal pare a fi o disfuncție a componentului fonologic al memoriei de lucru verbal.**

O abundență de date a indicat deficiențele procesării fonologice ca fiind cauza citirii slabe a cuvintelor (de exemplu, Share, 1995). Lipsa abilităților ortografice, semantice, sintactice și morfologice a fost, de asemenea, luată în considerare (de exemplu, a se vedea Adams, 1990 pentru o recenzie).

Capacitatea de a citi textele scrise este dobândită datorită unui proces de învățare și formare specifică care se desfășoară în mod normal pentru o lungă perioadă de timp, chiar dacă se termină cu un nivel considerabil de automatism. Cu toate acestea, un procent semnificativ de copii nu dobândesc această abilitate, desigur, în ciuda faptului că au trecut prin procesul obișnuit de învățare și au o capacitate intelectuală normală în alte aspecte.

Prin urmare, dislexia este o tulburare de învățare caracterizată printr-o dificultate evidentă în recunoașterea cuvintelor scrise cu acuratețe și/sau fluente, ca și cum ar exista o pierdere semnificativă a capacității de a le descifra sau a le delimita.

În consecință, competența dobândită în cele din urmă de dislexici în aceste abilități nu se corelează în mod obișnuit cu vârsta, nivelul de inteligență, abilitățile cognitive generale și/sau stimulii educaționali primari în timpul dezvoltării lor.

În general, dificultățile de citire sunt persistente și nu dispar în timp, deși pot fi clar atenuate la o anumită măsură, dacă este cazul corectivă

**În general, prevalența acestei tulburări a fost estimată la aproximativ 20% din populația dată**, chiar dacă se consideră că 30% -35% dintre ei ar putea avea într-adevăr o capacitate de citire mult mai mică decât cea considerată de bază (*și anume, care implică o înțelegere eficientă a ceea ce se citește*). **Dislexia a fost raportată ca o tulburare asociată tuturor sistemelor de scriere a limbajului uman**, inclusiv nu numai celor cu caractere alfabetice sau silabice, ci și celor de natură logografică. În cazul sistemelor alfabetice, dislexia a fost observată în limbile a căror ortografie este transparentă, adică acolo unde există o corelație practic univocă între foneme și grafeme, precum și în altele în care acest lucru nu se produce.



Din ce în ce mai frecvent, se tinde să se considere dislexia (*și în general toate dificultățile de citire*) mai puțin ca o categorie discretă (*care, în afară de alte con-siderații, ar face din capacitatea de citire în sine o abilitate distribuită bimodal*), ci mai degrabă că constă dintr-un într-un continuum care alcătuiește competența de citire. Aceasta este un interval care este delimitat în mod convențional în virtutea anumitor măsuri statistice caracteristice.

Persoanele care au atins competența deplină de citire ar face parte, de asemenea, din acest continuum, împreună cu cei care de obicei nu sunt capabili să citească fluent.

Acest concept dimensional al capacității de citire înseamnă că impactul dislexiei asupra indivizilor poate varia. În principiu, grupurile care pot fi făcute în conformitate cu criteriile pedagogice sau terapeutice ar trebui să fie în principal arbitrare și, de asemenea, în principiu, lipsite de validitate biologică.

Cu toate acestea, așa cum se discută mai departe, conceptul dimensional al tulburării pare să fie de acord destul de bine cu rezultate derivate din analiza genetică. Există alte rezultate, obținute din teste psihometrice utilizate în mod normal pentru diagnostic, care evaluează diferiții parametri și abilități legate de abilitatea de citire (*conștientizare fonologică, abilitate de descifrare fonologică și ortografică, abilitate de a citi cuvinte unice, model de organizare a listemelor și abilitatea de a scrie*). Aceste rezultate par să arate că există diferite subtipuri de dislexie, ale căror diferențe ar depăși, în consecință, componentele tulburării care erau doar fenotipice sau clinice, conferind și un caracter neurologic și genetic.

O mulțime de dovezi par să indice că dislexia are, de asemenea, o origine eminentă neurobiologică și este cauzată în mod specific de o dezvoltare anormală și disfuncție a anumitor circuite neuronale.

La rândul lor, aceste anomalii structurale și funcționale ar proveni, într-o anumită măsură; din mutația anumitor gene.

**Primul nostru obiectiv** a fost să analizăm succint principalele modificări neuronale structurale și funcționale din creierul indivizilor dislexici. Un obiectiv suplimentar a fost discutarea celor mai relevanți factori care par să confirme ideea că aceste anomalii au o origine fundamental genetică (ceea ce nu înseamnă că rolul relevant jucat de factorii de mediu în apariția și evoluția acestei tulburări ar trebui să fie devalorizat).

**Alte dovezi** au indicat că dislexia are o bază neurologică (*Lyon și colab., 2003*).

*Teoria recentă a asincroniei lui Breznitz* propune că dislexia este rezultatul eșecului sincronizării diferitelor entități cerebrale activate în timpul procesului de citire (*vezi Breznitz, 2002; Breznitz și Misra, 2003; Breznitz, 2006*). Teoria asincroniei se bazează pe ideea că procesul de citire a cuvintelor se bazează pe diverse surse de informații cu privire la materialele tipărite. Aceste informații sosesc de la diferite entități ale creierului. Aceste entități au structuri biologice diferite. Acestea sunt activate în zone separate ale creierului și procesează informațiile într-un mod diferit și la viteze diferite.

În plus, activitatea de citire necesită fluxul de informații relevante dintr-o zonă

a creierului (*lobii posterioare*) în alta (*lobul frontal*). În timp ce lobi posteriori sunt responsabili de percepția și procesarea fizică a unui stimul, lobul frontal oferă semnificație și pronunțări motorii stimulului (*Sousa, 2000*). În plus, decodarea cuvintelor se bazează pe transferul de informații între emisferele cerebrale (*Sousa, 2000*). Emisfera stângă procesează informațiile într-o manieră secvențială și se specializează în prelucrarea lingvistică.

Această emisferă conține zona lui Wernicke, unde este stocat înțelegerea limbajului, și zona lui Broca, care este responsabilă pentru pronunțarea limbajului. Emisfera dreaptă pentru majoritatea indivizilor dreptaci procesează informații într-un mod holistic și este specializată în identificarea tiparelor vizuale (*Sousa, 2000*). Citirea ca activitate lingvistică necesită activitate atât în cele două emisfere, cât și în diverse zone ale creierului astfel încât informațiile să se comunice în timp util.

Procesul de citire a cuvintelor se bazează atât pe ariile cerebrale anterioare, cât și pe cele posterioare (*Sousa, 2000*). În regiunea anterioară, există două centre cruciale responsabile de procesele lingvistice.

**Centrul lui Broca** este responsabil pentru pronunțarea stimulilor și pentru schimbarea informațiilor ortografice în forma sa fonologică (*Hagoort și colab., 1999; Fiez, Balota, Raichle și Petersen, 1999*).

**Centrul Wernicke** stochează înțelegerea cuvintelor. În regiunea posterioară, sunt localizați trei lobi percepțuali: lobul occipital pentru informații vizuale, lobul temporal pentru auditoriu și lobul parietal pentru procesarea motorie. Acești lobi

funcționează separat sau împreună, în funcție de cerințele sarcinii (*Petersen, Fox, Posner, Mintun și Raichle, 1988; Rumsey și colab., 1997*).

Mai mult, **citirea este un proces cognitiv activat** prin diferitele etape ale sistemului de procesare a informațiilor, inclusiv percepția, procesarea și ieșirea (*Atkinson și Shiffrin, 1971*). Actul citirii trebuie să fie suficient de rapid pentru a opera în limitele capacității limitate și decăderii rapide ale entităților de procesare a informației (*Perfetti, 1985*). Mai presus de toate, decodarea cuvintelor în timpul lecturii este o acțiune inflexibilă.

**În majoritatea limbilor alfabetice, fiecare grafem se potrivește cu un singur fonem.** Această corespondență grafem-fonem necesită precizie în conținut și timp. Această complexitate constituie o provocare majoră pentru creierul uman, deoarece fiecare entitate cerebrală activată în acest proces funcționează pe o scară de timp diferită (*Breznitz, 2002; Breznitz și Misra, 2003; Breznitz, 2006 pentru revizuire*). Ca urmare, integrarea și sincronizarea în timp a informațiilor care sosesc de la diferitele entități ale creierului, la toate nivelurile și etapele activării, sunt esențiale pentru a avea succes citirea cuvintelor.

**Un studiu** care a examinat activitatea cerebrală în timpul lecturii a constatat că procesarea a început în zona vizuală a lobului occipital la 100 ms după prezentarea stimulului și s-a deplasat către lobi occipitali și temporali în ambele emisfere (*aproximativ 150-200 ms după prezentarea stimulului*) (*Salmelin, Service, Kiesilä, Uutela și Salonen, 1996*). În etapa următoare

a procesului de citire, informațiile au fost transferate către cortexul temporal superior numai în emisfera stângă și către cortexul motor în ambele emisfere (*între 200-400 ms după prezentarea stimulului*).

**Se poate concluziona** că un proces precis de lectură implică transferul de informații din zonele cerebrale posterioare către cele anterioare, care durează aproximativ 300 ms (vezi Shaul, 2006). Dacă aceeași cale și același cadru de timp se aplică cititorilor dislexici este încă o altă întrebare importantă. Studiile care examinează diferențele în activitatea cerebrală între cititorii obișnuiți și cei dislexici au constatat diferențe semnificative în toate domeniile de activitate legate de lectură.

Există mai puțină activitate în locurile cerebrale posterioare în rândul dislexicilor în comparație cu cititorii obișnuiți atunci când citesc cuvinte (*Brunswick, McCrory, Price & Frith, 1999; Paulesu și colab., 2001; Pugh și colab., 2000*). Această constatare a fost coroborată în diferite limbi (*Paulesu și colab., 2001; Salmelin și colab., 1996*).

În plus, la cititorii obișnuiți s-a găsit o conectivitate funcțională puternică între zonele posterioare și zona Broca (*situsul cerebral anterior stâng*). Acest lucru sugerează o integrare exactă între forma ortografică a cuvântului și omologul său fonologic primit în zona Broca.

În schimb, cititorii dislexici au prezentat conexiuni între zonele posterioare și zonele pre-frontale din emisfera dreaptă, care este considerată a fi legată de memoria pe termen lung (*Fletcher și colab., 1994*). Transferul afectat de la locurile cerebrale posterioare la cele anterioare dintre dislexici poate indica o nouă întârziere în sincronizarea

informațiilor ortografice și fonologice în timpul decodificării cuvintelor.

### Creierul uman este împărțit în două emisfere, dreapta și stânga.

- Chiar dacă cele două emisfere par identice, ele diferă prin numărul și dimensiunea neuronilor lor și prin cantitatea de neurotransmițători (Banich, 2004). În afară de diferențele structurale și chimice, fiecare emisferă este specializată în abilități specifice.
- **Emisfera dreaptă** este specializată în recunoașterea tiparelor, creativitatea, orientarea spațială, recunoașterea feței și a obiectelor, precum și emoția și prelucrarea informațiilor interne.
- **Emisfera stângă** este responsabilă pentru analiză, abilități lingvistice (*vorbire, recunoașterea literelor și recunoașterea cuvintelor*), recunoașterea secvenței și a numerelor, sensibilitatea la timp și prelucrarea informațiilor externe (Carter, 1998).
- **Fiecare emisferă primește informații** din câmpul perceptual opus și controlează partea opusă a corpului (Carter, 1998). Sarcinile cu o încărcătură cognitivă mare, cum ar fi citirea, necesită cooperarea și sincronizarea informațiilor din ambele emisfere (Markee Warren, Morre și Theberge, 1996).
- **Timpul de transfer** al informațiilor între emisfere la adulți variază între 5-20 ms (Banich, 2004). Cu toate acestea, dislexicele prezintă dificultăți atunci când transferă informații dintr-o emisferă în alta (*de exemplu, Gladstone & Best, 1985; Gladstone, Best, & Davidson, 1989; Gross-Glenn & Rothenberg, 1984; Velay și colab., 2002; Markee și colab., 1996*).

Diferențele în timpul de transfer interhemisferic (IHTT) între dislexice pot proveni din dezintegrarea informației în corpul calos sau o întârziere nesimetrică lungă (Davidson, Leslie și Saron, 1990; Davidson și Saron, 1992; Markee și colab., 1996).

**Shaul și Breznitz** (în curs de revizuire) au măsurat transferul de informații între emisferele stânga și dreapta în rândul dislexicilor în comparație cu cititorii obișnuiți atunci când îndeplineau diverse sarcini de decizie lexicală.

Printre cititorii obișnuiți, informațiile au ajuns mai întâi în emisfera stângă și au fost transferate în dreapta aproximativ 4-6 ms mai târziu. Sprijinul pentru aceste rezultate a fost obținut prin estimări din localizarea sursă a activității creierului în aceste două grupuri de citire în timpul procesului de decodare a cuvântului folosind LORETA (vezi Figura 1.7).

**Comparațiile** între grupuri au relevat o activare mai mare în rândul cititorilor dislexici între 110 și 140 ms pentru cuvinte, în principal în regiunile temporale și perisilviene corecte, precum și o anumită activare în regiunile frontale mediale.

Cititorii obișnuiți au prezentat o activare mai mare în regiunile temporale și perisilviene stângi între 150 și 200ms:

**31.12 în rândul cititorilor obișnuiți.**  $X = 690.13$  s.d = 55.16 printre dislexici și  $X =$  Deoarece toți subiecții noștri erau dreptaci, se pare că fluxul de informații primite în grupul dislexic a început în locurile cerebrale drepte și s-a deplasat spre stânga, apoi din nou către locurile cerebrale drepte, s-a mutat la stânga și apoi a revenit *La dreapta*.

Susținem că acest mod de procesare extinde procesul de decodare în rândul cititorilor dislexici.

Suportul pentru această idee poate fi derivat din datele noastre de timp de reacție. Timpii de reacție ai cititorilor dislexici în timpul decodificării cuvintelor au fost cu aproximativ 121 ms mai mari decât pentru cititorii obișnuși (*X 11 811.02 s.d.*)

**Potrivit lui Breznitz (2006)**, un decalaj în viteza de procesare, între diferitele entități cerebrale activate în procesul de decodare a cuvântului poate împiedica sincronizarea precisă a informațiilor necesare unui proces precis.

Această idee se află în centrul teoriei asincroniei, care sugerează că cu cât este mai mare decalajul în ceea ce privește viteza de procesare în diferitele entități cerebrale; cu atât mai sever va fi eșecul de decodificare al cuvântului. (*Breznitz, 2002; 2006*).

Există mai multe condiții prealabile pentru ca fenomenul asincroniei să apară:

1. mai mult de un sistem, zonă de activare a creierului și/ sau etapă a operației cognitive (*denumite entități*) sunt implicate în sarcina de procesare;
2. există diferențe în ceea ce privește viteza la care fiecare zonă a creierului ce procesează informațiile;
3. decalajul în ceea ce privește viteza de procesare a diferitelor zone cerebrale nu este suficient coordonat pentru a permite integrarea eficientă.

Decodarea cuvintelor se bazează pe diferite entități ale creierului care pot fi distinse pe baza a trei niveluri de implicare în proces:

1. sistemele cerebrale biologice;
2. procesele cognitive;
3. unitățile alfabetice de diferite dimensiuni obținute din materiale tipărite.

**Nivelul biologic** se referă la o noțiune generală de procesare a domeniului, din care citirea este considerată o parte. Se compune din mai multe zonele cerebrale activate în timpul citirii de la intrarea în creierul uman de-a lungul diferitelor etape de activare în și între diferitele căi neuronale ale creierului. La sfârșitul acestui proces, este necesar ca creierul să ofere o soluție, care apare sub formă de ieșire însoțită, în multe cazuri, de caracteristici motorii.



Entitățile de la acest nivel sunt **modalitățile vizuale și auditiv-acustice**. Fiecare zona cerebrală este reprezentată de locații specifice ce au lungime și o structură diferită de calea sa neuronală, calea vizuală fiind mai lungă decât cea auditivă. Sistemul vizual prelucrează informațiile într-un mod holistic, în timp ce procesarea în sistemul auditiv este secvențială. Fiecare contribuie la procesul de citire la un moment diferit în timp și la o viteză diferită.

**Zona vizuală este prima care începe decodarea.** Este declanșat de materiale tipărite și apoi funcționează în paralel cu zona auditivă. Performanța fiecărei zone este supusă capacităților sale intrinseci, succeselor și eșecurilor altor componente și a modului în care zonele sunt sincronizate în ceea ce privește viteza (*rapiditatea*) și conținutul (*acuratețea*) lor.

**Procesele cognitive combină două niveluri de funcționare,** procesele domeniului general și procesele specifice domeniului. Procesele de domeniu general asamblate la nivel biologic sunt responsabile pentru distingerea, selectarea, perceperea, clasificarea, stocarea și recuperarea informațiilor. Procesele specifice domeniului asamblate în modalitățile biologice activează procesele ortografice, fonologice de recodare și semantice, care sunt specifice procesului de decodare a cuvântului. În etapa inițială de activare, atenția este alocată mai întâi materialelor tipărite înainte de funcționarea sistemelor biologice (*la intrare*), iar apoi sunt asamblate diferite niveluri de operație cognitivă împreună cu activarea proceselor biologice.

**Nivelul alfabetic se referă la procesarea specifică domeniului, care este un proces obiectiv, extern cititorului și depinde de tipologia materialelor tipărite.**

**Citirea cu succes** necesită o formă de „dialog” între diferitele zone cerebrale implicate în acest proces. În cursul normal al decodificării cuvintelor, dialogul are loc în diferite etape de activare de-a lungul căilor neuronale. Aceasta plasează o sarcină de lucru suplimentară asupra activității de decodare, deoarece necesită diferite niveluri de sincronizare a zonelor creierului în diferite momente din timp. Atunci când abilitățile de decodare nu sunt automate, sunt mai puțin stabile sau încă nu au progresat prin etapele de dezvoltare și când reprezentările ortografice ale cuvintelor din lexiconul mental nu trebuie să se stabilizeze, diferitele entități trebuie să coopereze continuu pentru să trimită orice informație disponibilă (*chiar dacă este inexactă*) cu privire la unitatea lingvistică procesată.

Într-un proces de decodificare a cuvintelor deteriorat sau nedevelopat, este posibil ca informațiile din una sau mai multe zone cerebrale să nu fie complet exacte sau disponibile. Acest lucru poate constitui un obstacol suplimentar pentru sincronizarea precisă între entități. Mai mult, intrarea parțială sau incompletă de la o zonă cerebrală ar putea diminua informațiile primite care sosesc în celelalte zone.

**Complexitatea decodificării** cuvintelor este sporită și mai mult de faptul că, dintr-o perspectivă evoluționistă, creierul uman există de aproximativ 60.000 de ani, iar codul alfabetic de doar 5000 de ani. În consecință, abilitatea de a citi nu face parte

din moștenirea noastră evolutivă. Niciun sistem biologic cerebral nu a fost dezvoltat special pentru procesul de citire, astfel încât activarea citirii trebuie să se bazeze pe sisteme care au fost dezvoltate pentru diferite sarcini. Această complexitate reprezintă o provocare majoră pentru creierul uman și se dovedește prea mare pentru unii cititori.

### **Care este viteza de procesare a zonelor creierului implicate în decodarea cuvintelor?**

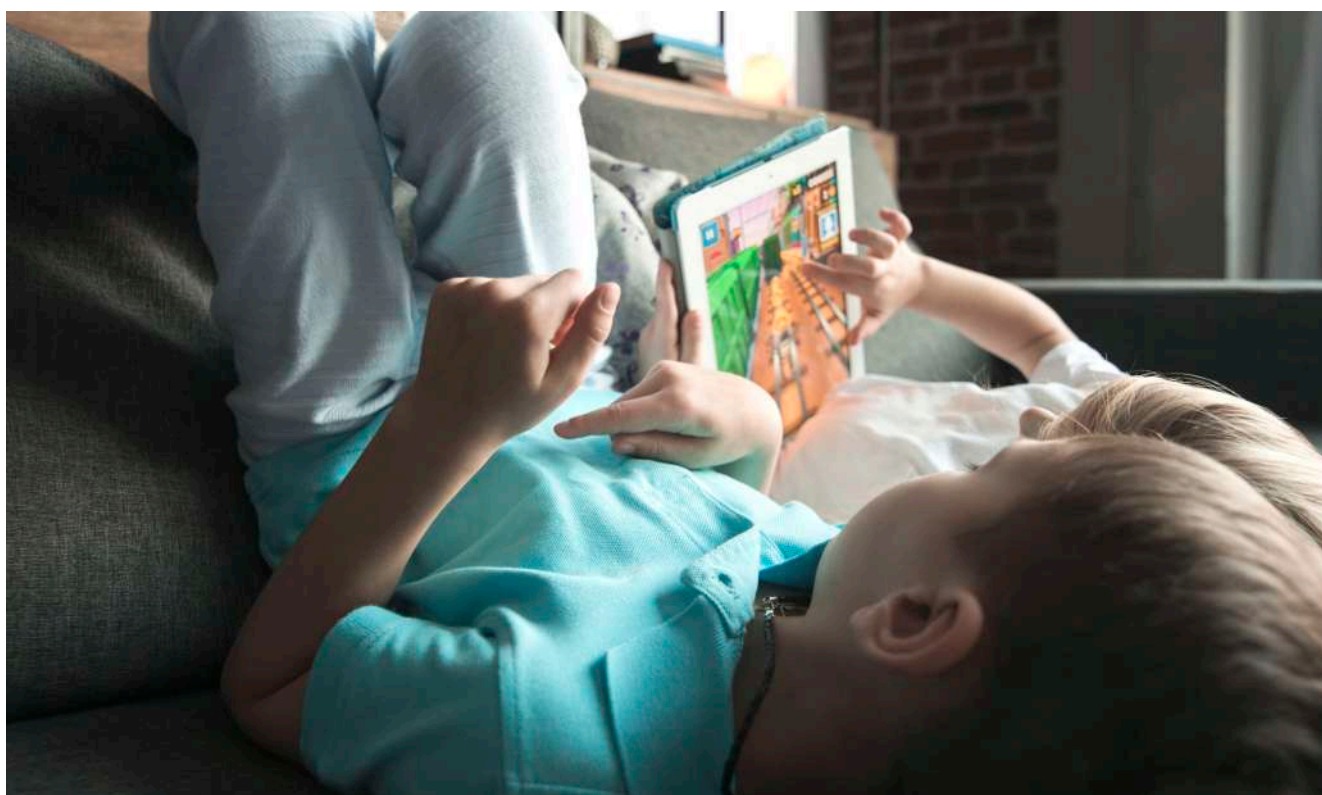
Cercetările indică faptul că informațiile auditive nelingvistice ajung în cortexul auditiv după 30 ms (*Heil și colab., 1999*), în timp ce informațiile vizuale ajung în cortexul vizual după 70 ms (*Schmolesky și colab., 1998*). Cu alte cuvinte, pe baza funcționării naturale a acestor zone biologice, stimulii auditivi părăsesc „intrarea” și ajung în creier mai repede decât stimulii vizuali. Acest lucru se poate datora diferitelor lungimi

ale căilor neuronale, locurilor cerebrale și structurilor fiecărei modalități.

Cu toate acestea, la nivel lingvistic există dovezi că cel puțin începând cu nivelul cuvântului, informațiile lingvistice sunt prelucrate în canalul auditiv într-o manieră temporal-serială. Cu alte cuvinte, informațiile referitoare la fonemele care alcătuiesc un cuvânt ajung secvențial (*Rosenzweig și Bennett, 1996*).

În schimb, procesarea textului în canalul vizual este un proces holistic și simultan (*Willows și colab., 1993*), sugerând că procesarea vizuală la acest nivel ar putea fi mai rapidă decât procesarea auditivă.

**În ultimii ani**, noi metode bazate pe parametri electrofiziologici care utilizează date de electroencefalogramă (EEG) au fost utilizate în cercetarea lecturii. Metoda EEG este utilizată pentru a evalua procesarea on-line a activității cognitive. În diferitele experimente, au fost examinate sarcini



non-lingvistice de nivel inferior și sarcini lingvistice (*litere și silabe*), precum și sarcini lingvistice de nivel superior (*cuvinte, pseudocuvinte și propoziții*). Stimulii au fost prezentați separat, precum și simultan.

**În aceste studii**, au fost măsurate viteza de procesare a informațiilor vizuale și auditive, precum și viteza de transfer a informațiilor între diferite zone ale creierului și în diferite stadii ale activării cognitive. În rândul cititorilor obișnuiți și dislexici tineri și adulți, procesarea auditivă a fost mai lentă decât cea vizuală la majoritatea sarcinilor la toate nivelurile de activare. Deoarece decodarea oricărei unități lingvistice începe cu modalitatea vizuală, este de conceput că, de-a lungul anilor, pentru a-și îmbunătăți precizia, dislexicii și-au antrenat creierul să perceapă unitățile lingvistice din materialele tipărite mai încet, urmând logica că încetineala implică o atenție mai mare și crește precizia. Acest lucru sugerează că modul în care unitatea lingvistică intră în poarta către creier ar putea fi un factor crucial în îmbunătățirea procesului de decodare. Ideea propusă aici este că, de-a lungul anilor, orice unitate lingvistică de orice dimensiune dezvoltă nu numai tipare ortografice, ci și „anagramele cu viteză vizuală”.

Cu toate acestea, pe baza plasticității creierului care se schimbă, cercetările noastre asupra fenomenului de accelerație au indicat că chiar și creierul cititorilor dislexici poate fi accelerat pentru a crea și a recupera unități lingvistice la nivel de cuvinte și propoziție. Cu alte cuvinte, „viteza vizuală anagram” a unității ortografice din această populație poate fi îmbunătățită prin antrenament și intervenție directă.

## REZUMAT

Procesul complex de decodare a cuvintelor poate fi comparat cu un concert care include multe instrumente. Dirijorul trebuie să orchestreze diferiții muzicieni, pentru a sincroniza instrumentele și a face ieșirea armonioasă.

**Citirea în mod similar necesită o ieșire specifică „armonizată”.** Acest proces se bazează, de asemenea, pe activarea diferitelor zone ale creierului (*instrumente*), care sunt situate în diferite zone ale creierului (*orchestră*) și care procesează informațiile într-un mod diferit (*sunete*). Cu toate acestea, datele noastre indică faptul că o condiție inițială crucială pentru decodarea corectă a cuvintelor se referă la viteza cu care este activată fiecare zonă.

### **Diferite zone cerebrale operează pe scări de timp diferite, care necesită sincronizare.**

Un decalaj al vitezei de procesare mai mare între zone apare în rândul cititorilor dislexici, ceea ce duce la fenomenul de asincronie.

Asincronia în procesul de decodare a cuvintelor afectate începe cu crearea unei „anagrame de viteză vizuală” afectate pentru unitatea lingvistică de „intrare” care afectează și deschide un decalaj de viteză între diferitele entități cerebrale care sunt activate în timpul decodificării cuvintelor. Mai mult, în rândul cititorilor dislexici, această formă de cuvânt afectată continuă în emisfera greșită (*dreaptă*) din creier.

Având ideea că, cu cât rata de citire este mai lentă, cu atât activarea este mai precisă, pe parcursul experienței lor cu eșecurile de decodare, cititorii dislexici

pot încerca să compenseze inexactitatea lor prin adoptarea unei viteze de procesare vizuală inflexibilă și mai lentă.

Ca rezultat, se deschide un decalaj acumulativ între modalități și continuă de-a lungul tuturor etapelor activării.

Acest lucru afectează fluxul de informații din zonele cerebrale anterioare și posterioare și încetinește transferul interemisferic.

Din păcate, această adaptare a cititorilor dislexici la eșecurile lor poate contribui de fapt la disfluența lor de citire.

**În concluzie, pe baza ideii de plasticitate a creierului de a se schimba, un program de intervenție directă pe termen scurt, conceput corect, în locul unui program global de remediere care vizează o anumită sub-abilitate de decodificare, promite să constituie o contribuție majoră la reducerea dislexiei.**



## GENETICA DISLEXIEI

De mulți ani oamenii au cunoscut baza neurologică ereditară și probabilă a dislexiei, iar definiția a suferit unele revizuri serioase de când a fost numită pentru prima dată „orbire congenitală a cuvintelor”.

Recunoscând că această afecțiune era de natură familială, i-a determinat, de asemenea, pe mulți dintre primii cercetători să mediteze dacă ar putea fi vorba despre o singură tulburare genetică (*de exemplu, Hallgren, 1950; Owen și colab., 1971*) și, mai târziu, când au fost luate în considerare cercetările genetice moleculare, instrumentele disponibile la acea vreme au limitat testele la modele genice foarte simple și la un număr limitat de loci (*de exemplu, Smith și colab., 1983*).

**Există patru concluzii bine acceptate care se aplică pentru dislexie în general și o privire mai atentă arată că înțelegerea dislexiei este mai complicată decât pare la prima vedere.**

- » **În primul rând** este o tulburare bazată pe limbaj (*conștientizare/procesare fonologică*).
- » **De origine neurologică** (*frontal inferior stâng, temporal-occipital inferior, temporal-parietal*).
- » **În parte, neurodezvoltare de origine** (*căi neuronale dezorganizate, conexiuni celulare corticală atipică, formațiuni structurale grosiere și fine diferite fata de cititorii normali*).
- » **Parțial genetic**, cu gene de risc

S-au efectuat analize genetice cantitative folosind diverse configurații familiale, inclusiv gemeni, frați și rude adoptate.

În astfel de studii este comun să vorbim despre patru componente ale varianței fenotipice / covarianței:

- » **Influențe genetice** frecvente sau proporția de covarianță între trăsături datorate genelor care afectează simultan mai multe trăsături .
- » **Influențe de mediu** comune sau proporția de covarianță între trăsături datorate factorilor de mediu care afectează mai multe trăsături simultan.
- » **Influențe genetice nepartajate** sau efecte genetice specifice care contribuie la varianța fenotipică într-un mod unic fiecărei trăsături.
- » **Influențe de mediu nepartajate** sau efecte specifice asupra mediului care contribuie la varianța fenotipică într-un mod unic fiecărei trăsături.

În sfârșit, trebuie să subliniem, de asemenea, că unii cercetători<sup>13,49</sup> au legat dislexia de o disfuncție a anumitor circuite neuronale responsabile de procesarea stimulilor senzoriali, în special a celor localizați în cortexul vizual primar.

Datorită implicațiilor terapeutice, trebuie să subliniem faptul că efectuarea exercițiilor de proces auditiv și a antrenamentului lingvistic oral (*care stimulează procesarea sarcinilor fonologice*) la indivizii dislexici are ca rezultat în mod normal o creștere a activității zonei corticale care este implicată în procesul fonologic împreună cu o compensare supraactivarea altor zone corticale.

Genele ce determina dislexia: DYX1, DYX2, DYX5 și DYX6),

DYX1 corespunde 15q21 și se corelează nu numai cu capacitatea de citire (cuvinte izolate), ci și cu ortografia, deși aparent nu ar face acest lucru cu niciun endofenotip tipic dislexic fonologic.

FOXP2 situată în 7q31, pare să regleze anumite aspecte ale acestui proces de diferențiere neuronală.

Acestea sunt necesare în special pentru organizarea corectă și/sau funcționarea normală a anumitor circuite corticale-talamus-striate asociate planificării motorii, comportamentului secvențial și învățării procedurale; în consecință, acestea sunt relevante pentru procesarea stimulilor lingvistici.

După cum se știe, mutația genică duce la dificultăți receptive și expresive de multe feluri, care au fost în general descrise ca o dispraxie orofacială legată de dezvoltare sau o disartrie spastică, dar care includ în mod specific deficite de caracter lingvistic care afectează (*printre alte aspecte*) capacitatea stocarea informațiilor fonologice relevante în memoria verbală de lucru și poate în unitățile procesului de articulare secvențială cu valoare fonologică, care este deosebit de relevantă în cazul dislexiei.

Cunoașterea actuală privind cauzele neuronale și genetice ale dislexiei este un pas în a ne permite să observăm, cu o bază mai mare, etiologia (*complexă*) a acestei tulburări.

De asemenea, face posibilă observarea modului în care circuitele cerebrale legate de diferite aspecte ale cunoașterii apar și se organizează pe parcursul dezvoltării. Cadrul general care rezultă din acest corpus în creștere de date genetice, biochimice, histologice, anatomice și fiziolo-

gice este că mutația anumitor gene (*printre care DYX1C1, DCDC2, KIAA0139 și ROBO1 sunt probabil incluse*) conduc la proteine disfuncționale care produc anumite modificări ale tiparului normal de migrație și interconectare la anumite populații neuronale. La rândul lor, acestea determină modificări anatomice și fiziologice specifice în anumite zone ale creierului, care cauzează în consecință o procesare anormală a sunetului vorbirii, dar – mai presus de toate – dau naștere unei disfuncții a componentei fonologice a memoriei verbale de lucru.

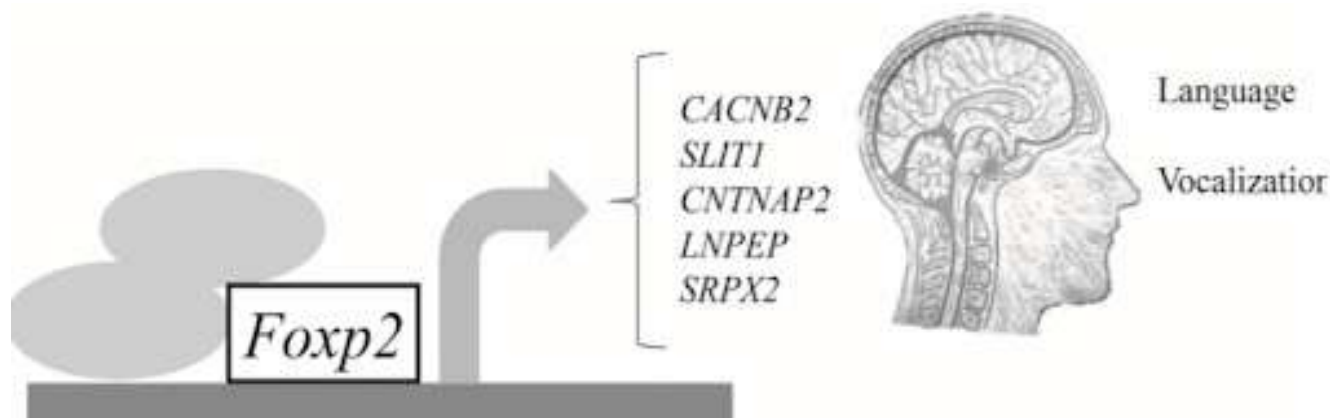
Particularitatea este că primul dintre aceste 2 deficite contribuie la întărirea scopului celui de-al doilea în etapele inițiale de dezvoltare, chiar dacă în general ajunge să dispară odată cu îmbătrânirea individuală. 189, 190.

**Relația de cauzalitate dintre genele candidate la dislexie** (*sau cele care pot pot fi considerați factori de risc pentru apariția sa*) identificați până în prezent și disfuncțiile cognitive asociate caracteristic acestei tulburări au fost coroborate și consolidate în ultimii ani datorită dezvoltării modelelor animale și, în special, datorită rezultatelor obținute din diferite experimente RNAi efectuate pe rozătoare.

**Cea mai semnificativă concluzie în acest sens a fost că structura modificările cauzate de o scădere a expresiei genei ortologe sunt substanțial similare cu cele descrise în creierul persoanelor cu dislexie, cu posibila excepție a ROBO1, despre care nu există date disponibile până în prezent.**

Creierul nostru mare pare să ne înzestreze genetic cu un „instinct” de a învăța să vorbim. Deci, vorbirea este relativ ușoară. La un nivel foarte de bază nu trebuie să fim învățați; pur și simplu îi imităm pe cei din jurul nostru. Dar lectura nu vine atât de natural.

Deoarece este o invenție culturală făcută cu doar aproximativ 5000 de ani în urmă, decât să fie încorporată în genomul nostru, trebuie să fim învățați literele alfabetului și modul în care sunetele cuvintelor pot fi reprezentate ca o serie de litere. Citirea rămâne cea mai dificilă abilitate pe care majoritatea dintre noi trebuie să o învețe vreodată; puțini dintre noi suntem matematicieni avansați sau jucători de șah campioni. Prin urmare, nu este surprinzător faptul că peste un sfert din toți copiii nu reușesc să învețe să citească corect.



Prima și cea mai importantă cerință pentru citirea calificată este analiza vizuală rapidă a literelor din cuvântul citit și a ordinii lor pe pagină. Pentru cuvintele familiei, putem traduce aceste forme vizuale directe în semnificațiile lor, referindu-le la „lexiconul semantic” al nostru. Acesta conține semnificația tuturor cuvintelor pe care le-am întâlnit vreodată. Cititorii calificați care folosesc acest traseu „lexical” pot, prin urmare, să traducă aceste mici simboluri vizuale în semnificație cu o rată remarcabilă de aproximativ 1800 de litere (300 de cuvinte) pe minut (30 de litere pe secundă); totuși dislexicii se luptă pentru a atinge o zecime din această rată.

Cu toate acestea, pentru cuvintele necunoscute și amintiți-vă că toate cuvintele sunt vizuale necunoscute cititorilor începători, trebuie să folosim un proces mult mai greu de traducere a literelor în soare pe care le prezintă, apoi combinându-le pentru a dezvălui reprezentarea auditivă a cuvântului, apoi referindu-ne la lexiconul nostru semantic pentru ai descoperi sensul. Astfel, în spatele acestui traseu „sub-lexical” sau „fonologic”, trebuie să construim și o bază de cunoștințe a modului în care cuvintele pot fi împărțite în fonemele lor constitutive pentru a se potrivi cu orice ne prezintă fundal de decodare a literelor/sunetelor. Abilitatea timpurie în acest sens este de fapt cel mai bun predictor al vitezei cu care un copil va putea învăța să citească, iar dislexicii au dificultăți serioase cu acest tip de proces fonetic.

Genele implicate par să afecteze modul în care creierul se dezvoltă, în special modul în care anumite clase de celule nervoase migrează către pozițiile lor finale în timpul

dezvoltării cortexului cerebral. Acest lucru va afecta modul în care creierul efectuează operațiile fundamentale de procesare vizuală și auditivă necesare pentru citire. Astfel, constatăm că sensibilitatea procesării temporale vizuale și auditive a indivizilor, împreună cu IQ-ul lor, pot reprezenta peste două treimi din diferențele lor în ceea ce privește capacitatea de citire (*Talcott și colab., 2000*). Prin urmare, calitatea predării lor fie la școală, fie acasă (*de exemplu, cât de des citesc mămicile lor cu ei sau câte cărți sunt în casă*), pare să fie considerabil mai puțin importantă decât cât de bine sunt adaptate creierul lor fiziologic pentru lectură.

Acestea includ vorbirea târzie, pronunția afectată, dificultățile de învățare a identificării sunetelor literelor, ordinea sunetelor confuză și eșecul identificării rimelor. Acum există dovezi convingătoare că aceste probleme sunt asociate dezvoltarea afectată a funcțiilor de prelucrare temporală de bază ale sistemului auditiv care sunt necesare pentru identificarea și discriminarea exactă a sunetelor literelor.

În plus, problemele de vorbire de dezvoltare sunt adesea asociate cu stângăcie și, în general, cu o coordonare slabă, care sunt probabil cauzate de o funcționare deficitară a cerebelului. Prin urmare, putem concluziona că, în special, componenta abilității de citire care depinde de dobândirea unor abilități fonologice exacte este în mare măsură determinată de procesarea temporală auditivă de bază, în timp ce latura motorie a vorbirii depinde de maturizarea corectă a cerebelului.

Prin urmare, dislexia este adesea asociată cu o varietate de alte simptome motorii:

târâre târzie, mers târziu, echilibru slab, stângăcie excepțională, dificultăți de a învăța să mergeți pe bicicletă și dobândirea lentă a unei mâini consistente. Din nou, aceste simptome indică un rol important pentru cerebel în dezvoltarea abilităților senzomotorii necesare citirii

Acestea se ridică la un sindrom neurologic care se caracterizează printr-o varietate foarte largă de simptome care implică procesarea temporală afectată, care include, pe lângă dificultățile fonologice pe care le au majoritatea dislexicilor, vizuomotorii, vorbirii, memoria pe termen scurt, atențională, coordonarea și secvențierea generală Probleme. Această imagine neurobiologică arată foarte clar că dislexia este o afecțiune neurologică reală și că este ușor de distins de citirea slabă asociată doar cu un IQ scăzut.

Datorită modului în care sunt organizate căile vizuale de la retină la cortexul occipital, partea stângă a fiecărui cuvânt este proiectată mai întâi spre cortexul vizual primar, striat, cortex în zona 17, în timp ce partea dreaptă este proiectată spre cortexul striat stâng, astfel încât reprezentarea fiecărui cuvânt să fie împărțită în două la fovea. Primele trei sau patru litere din partea stângă poartă de obicei mai multe informații despre un cuvânt decât pe cele ulterioare. Mai mult, există o inhibiție reciprocă între reprezentările vizuale primare în emisferile dreapta și stânga. Deci, această divizare foveală inițială înseamnă că, în mod neașteptat, este emisfera dreaptă care are avantajul în primele etape ale procesării vizuale a unui cuvânt (Shillcock și Monaghan, 2001). Dar acest avantaj pare să lipsească la cititorii foarte săraci, care tind

să participe mai puțin la partea stângă a unui cuvânt, prezentând „minineglect” din stânga (Hari, 2001).

Astfel, principalul motiv pentru care durează atât de mult timp pentru ca copiii să învețe să citească fluent este probabil că instruirea reflectorului vizual atențional este un proces lent. În mod normal, căutarea vizuală este destul de aleatorie, concentrându-se pe trăsăturile evidente și nu este implementată sistematic sau secvențial pe câmpul vizual (Horowitz și Wolfe, 1998), dar pentru citirea luminii punctuale atenționale trebuie învățat să procedeze în schimb într-o manieră liniară neobișnuită de la stânga la dreapta, accesând fiecare literă într-un cuvânt în ordinea corectă.

## DISLEXIA ȘI CEREBELUL

La om, cerebelul reprezintă 10-15% din greutatea creierului, 40% din suprafața creierului și 50% din neuronii creierului, cu doar 1011 celule granulare (Brodal, 1981). Există două emisfere cerebeloase, fiecare cuprinzând cortex cerebelos pliat, care primesc intrări masive din toate simțurile, din cortexul motor primar și din multe alte zone ale cortexului cerebral, fie prin „fibre de mușchi” din nucleii pontini, fie prin „urcare” fibre din măslinul inferior.

Ieșirea din cerebel este generată de celulele Purkinje, trece prin nucleii cerebeloși adânci și este în general inhibitoare. Cortexul cerebelos cuprinde mai multe structuri filogenetice antice, inclusiv nodul floc-culonodular, care este situat la capătul caudal și primește intrare din sistemul vestibular și se proiectează către nucleele vestibulare. Vermisul, situat pe linia mediană, primește informații vizuale, auditive, cutanate și

kinestezice de la nucleele senzoriale și trimite ieșirea către nucleul fastigial, care se conectează la nucleul vestibular și neuronii motori în formațiunea reticulară. Pe ambele părți ale vermisului, există „zona intermediară” care primește intrarea din zonele motorii ale cortexului cerebral cu ieșire prin alte nuclee către sistemul rubrospinal pentru mișcările brațelor și mâinilor, precum și către nucleul ventrolateral.

Este filogenetic mai recent și este mult mai mare la om (*în raport cu mărimea creierului total*) decât la alte primare (*Passingham, 1975*) și este denumit neocerebel. Este implicat în controlul mișcărilor independente ale membrilor și mai ales în mișcări rapide, calificate, primind informații din cortexul de asociere frontal și din cortexul motor primar prin nucleul pontin. De asemenea, primește informații somatosenzoriale despre poziția actuală și rata de mișcare a membrilor. Rolul său în execuția mișcării calificate este, în

general, considerat a fi calculul parametrilor de mișcare corespunzători pentru următoarea mișcare (*posibil următoarea, dar o singură mișcare*) și pentru a comunica aceștia prin intermediul nucleului dentat și al nucleului talamic ventrolateral către cortexul motor primar. Zona laterală trimite, de asemenea, ieșiri către nucleul roșu și, astfel, tractul rubrospinal.

**Deteriorarea diferitelor părți ale cerebelului poate duce la o varietate de simptome diferite.**

La om, deteriorarea sistemului flocculonodular sau a vermisului poate duce, de obicei, la tulburări ale posturii și echilibrului. Deteriorarea zonei intermediare cauzează probleme precum rigiditatea membrilor. Deteriorarea neocerebelului determină slăbiciune (*pierderea tonusului muscular*) și necoordonare sau descompunere a mișcării (*de exemplu, secvențe de mișcări coordonate anterior, cum*



ar fi ridicarea unei cupe, se pot descompune într-o serie de mișcări separate). Cu toate acestea, una dintre caracteristicile afectării cerebeloase este plasticitatea mare a sistemului. De obicei, normal sau aproape de performanță normală este atins din nou în câteva luni de la avarierea inițială (Holmes, 1922).

**Un punct cheie** este că cerebelul acționează rareori singur, dar întotdeauna împreună cu alte regiuni ale creierului și acționează pentru a optimiza funcționarea abilității controlate de acea altă regiune.

### Într-o recenzie a scrierilor lui Orton, Geschwind (1982) a remarcat

El a subliniat frecvența stângăciei la dislexici. Deși alții au comentat acest lucru, rămâne în continuare o problemă misterioasă și care nu este studiată în mod adecvat. Este cu atât mai misterios având în vedere faptul că mulți dintre acești copii neîndemânatici continuă să aibă succese în domenii în care sunt absolut necesare grade ridicate de dexteritate manuală.

De asemenea, au fost observate frecvent deficiențe ale articulației în dislexie, dar nu a fost clar dacă acestea sunt legate de deficiente fonologice în sine sau de deficiente de abilități motorii în rata sau acuratețea articulației. Snowling (1981) a identificat inițial erori în repetarea cuvintelor polisilabice sau prin contrast cu repetarea exactă a cuvintelor simple de înaltă frecvență la copiii dislexici mici. Un tipar similar de performanță normală pentru sarcini articulare simple, împreună cu probleme în sarcini mai complexe, a fost identificat de alți cercetători. Brady și colab. (1983) au raportat repetarea corectă a monosilabelor, în

timp ce Catts (1989) a raportat probleme în repetarea frazelor simple și complexe. Mai mult, Stanovich (1988a) a stabilit că cititorii săraci până la vârsta de 10 ani au prezentat probleme cu viteza de repetare a cupletelor chiar și simple, reflectând un decalaj de dezvoltare în controlul sincronizării motorului.

De-a lungul anilor 1990 am încercat să testăm această ipoteză, stabilind următoarele dovezi pentru deficite comportamentale, funcționale și anatomice:

» **copiii dislexici** prezintă deficiențe semnificative la testele clinice ale funcției cerebeloase, cum ar fi hipotonie (*tonus muscular scăzut*) și hipermetrie (*depășirea mișcărilor balistice*) și tremor (Fawcett și Nicolson, 1999; Fawcett și colab., 1996);

» **adolescenții dislexici** nu au reușit să își angajeze cerebelul în activități de învățare cunoscute în mod normal pentru a necesita implicare cerebelară (Nicolson și colab., 199).

Axa orizontală reprezintă atât trecerea timpului (*experiența*), cât și modalitățile prin care dificultățile de dobândire a abilităților provoacă probleme ulterioare, ducând la dificultăți cunoscute în citire, scriere și ortografie. Textul oferă o explicație mai completă a proceselor implicate. Un interes deosebit îl reprezintă progresia evidențiată ca o caracteristică centrală. Anomalia cerebelară la naștere duce la probleme ușoare motorii și articulare. Lipsa fluenței articulare duce la rândul său la o reprezentare săracă a caracteristicilor fonologice ale vorbirii și de aici la dificultățile bine stabilite în

conștientizarea fonologică în jur 5 ani care duc la probleme ulterioare în învățarea cititului. Alte rute subliniază problemele probabile în afara domeniului fonologic și indică faptul că dificultățile de învățare a citirii, ortografiei și scrierii pot proveni dintr-o serie de factori interdependenți.

Analiza specimenelor „Dyslexia Brain Bank” a indicat faptul că creierile dislexice din colecția Beth Israel au arătat o dimensiune neuronală semnificativ diferită pentru celulele Purkinje din cerebel și dimensiunea celulei în măslinul inferior (*Finch și colab., 2002*).

Aceste date au condus la o îmbunătățire a ipotezei (*Nicolson și colab., 2001*) în care am încercat să adoptăm o abordare de dezvoltare a explicației (*Figura 4.2*) Indiferent dacă această explicație specifică este corectă, considerăm că această analiză „ontogenetică” este o modalitate deosebit de fructuoasă de a analiza tulburările de dezvoltare, deoarece încearcă să explice de ce apar problemele în ceea ce privește antecedentele lor și, prin urmare, oferă o cale de la naștere la școală, de la creier la comportament, explicând problemele abilității noastre cognitive cele mai impresionante - citirea termenii diferențelor subiacente în funcția creierului.

În cele din urmă, luați în considerare explicațiile teoretice actuale ale dislexiei. În ceea ce privește deficitul fonologic, se poate vedea că ruta centrală din Figura 4.2 (*așa cum s-a discutat mai sus*) sugerează că o slăbiciune cheie la vârsta de cinci ani este în termeni de procesare fonologică. Prin urmare, se estimează că insuficiența cerebelară va provoca, prin mijloace

directe și indirecte, „deficitul fonologic de bază” care a dovedit un astfel de cadru explicativ fructuos pentru multe aspecte ale dislexiei. Desigur, rolul central al cerebelului în automatizarea abilităților oferă, de asemenea, o explicație principală a deficitului de automatizare, a doua explicație majoră „cognitivă”.

De asemenea, oferă o explicație naturală a ipotezei mai recente a „dublului deficit” (*Wolf și Bowers, 1999*). Aceasta se bazează pe dificultățile constatate pe care le au copiii dislexici în sarcinile de „denumire rapidă automatizată” (*Denckla și Rudel, 1976*). Dificultățile de viteză de numire sunt tocmai cele prezise de ipoteza deficitului cerebelos, având în vedere rolul său stabilit în vorbire, vorbire interioară și procesare accelerată. În consecință, toate cele trei ipoteze de nivel cognitiv par a fi direct în concordanță cu, și într-adevăr, subsumate de ipoteza deficitului cerebelos.

### **Dezvoltări ulterioare ale ipotezei deficitului cerebelos Alte descoperiri în neuroștiința cognitivă a cerebelului**

Rolul cerebelului în abilitățile cognitive care implică limbajul a fost stabilit în mod concludent. Studiile anatomice au confirmat conectivitatea bidirecțională a cerebelului cu cortexul frontal (*Kelly și Strick, 2003; Middleton și Strick, 2001; Ramnani, 2006*), confirmând astfel că există o conectivitate adecvată la regiunile limbajului frontal, cum ar fi zona Broca.

Atât cercetarea funcțională de imagistică, cât și cercetarea cu pacienți cerebeloși susțin cu tărie rolul cerebelului în sarcinile legate de limbaj (*De Smet și colab., 2007; Justus și Ivry, 2001; Marien și colab., 2001;*

*Marien și Verhoeven, 2007*). Un rol special este considerat a fi sprijinul memoriei verbale de lucru, deși mecanismele exacte rămân neclare. Ackerman și colegii săi (*Ackermann și colab., 2007*) propun că un rol cheie este „o contribuție a emisferei cerebeloase drepte, concomitent cu zonele frontale dorsolaterale și mediale dominante în limbă, la organizarea temporală a unui cod verbal prearticulator vorbire”, în ceea ce privește secvențierea șirurilor de silabe la o rată de vorbire obișnuită a unui vorbitor (p. 202). Întrucât Fiez și colegii săi (*Ben-Yehudah și colab., 2007*) sugerează că rolul poate fi în ceea ce privește ajustarea bazată pe erori și calendarul intern al planurilor de vorbire interne.

**Este important de reținut** că studiile de mai sus se bazează mai degrabă pe execuția abilităților decât pe învățarea abilităților, dar există, de asemenea, dovezi puternice ale implicării cerebeloase în achiziționarea unei game de abilități cognitive/motorii complexe, cum ar fi utilizarea instrumentelor (*Imamizu și colab., 2003; Miall și colab., 2000*).

Demonstrația inițială de referință a activității creierului la citire (Petersen și colab., 1988) a dezvăluit activarea cerebelului, dar constrângerile asupra câmpului vizual PET au condus la omiterea cerebelului din o mare parte din lucrările ulterioare și a fost încă un deceniu înainte de rolul cerebelos în citirea a fost clar confirmată (*Fulbright și colab., 1999; Turkeltaub și colab., 2002*). Bineînțeles, acest lucru întărește posibilitatea ca insuficiența cerebeloasă să afecteze performanța lecturii.

Mai direct, mai multe studii au stabilit dovezi suplimentare ale anomaliilor funcțio-

nale și anatomice a cerebelului în dislexie (*Eckert și colab., 2003; Leonard și colab., 2002; Rae și colab., 2002; Vicari și colab., 2003*). Eckert și colab. (2003: 482) concluzionează „Dislexicii au prezentat lobi anteriori dreپți semnificativ mai mici ai cerebelului, pars triangularis bilateral și volum cerebral”. Pentru recenzii suplimentare, consultați Demonet și colab. (2004); Habib, (2004) și Lozano și colab. (2003).

Este notoriu dificil să se izoleze funcția cerebelară, în sensul că cerebelul pare să fie conceput pentru a funcționa împreună cu alte regiuni ale creierului pentru a-și optimiza performanța. În consecință, dovezile specifice ale funcției anormale „cerebeloase” în dislexie sunt dificil de dobândit.

Abordarea noastră față de această problemă a fost de a adopta o abordare a „operațiunilor convergente”, în cadrul căreia este explorată o serie de sarcini diferite, fiecare dintre acestea implicând cerebelul plus alte structuri, dar atunci când sunt luate împreună, au doar cerebelul ca structură comună. Din acest motiv ne-am concentrat inițial asupra sarcinilor motorii nelingvistice, prin faptul că acest lucru exclude imediat implicarea proceselor bazate pe limbaj. Am menționat mai devreme performanța slabă a particulelor dislexice la testele clasice cerebeloase clinice care implică distonie și dismetrie, împreună cu dovezi directe ale activării cerebeloase reduse în învățarea secvenței motorii (*Nicolson și colab., 1999*).

Una dintre cele mai controversate constatări a fost identificarea dificultăților de echilibru în dislexie (*Fawcett și Nicolson, 1992; Nicolson și Fawcett, 1990*).

Mai multe grupuri au reprodus doar parțial aceste descoperiri (*Raberger și Wimmer, 2003; Ramus și colab., 2003a; Ramus și colab., 2003b; Wimmer și colab., 1999*). Alte grupuri au găsit deficite, chiar și la adulți (*Iversen și colab., 2005; Moe-Nilssen și colab., 2003; Needle și colab., 2006; Stoodley și colab., 2006*).

**Concluzia noastră ar fi că cel puțin jumătate dintre indivizii dislexici prezintă probleme în echilibru, dar că deficitele sunt relativ subtile și se diminuează după adolescență, așa cum s-ar putea aștepta pentru o tulburare de dezvoltare.**

Echilibrul în sine este de fapt o sarcină extrem de complexă, implicând o serie de schimbări mentale în care cerebelul este o componentă majoră, dar nu singura (*Allum și colab., 1998; Ioffe și colab., 2007; Peterka, 2002*). Prin urmare, este valoros să se ia în considerare alte sarcini în care cerebelul este considerat a avea un rol major.

**În rezumat, facem următoarele afirmații cu privire la starea ipotezei deficitului cerebelos:**

- » este în concordanță cu concepțiile actuale ale neuroștiinței cognitive;
- » este în concordanță cu teoriile majore ale dislexiei la nivel cognitiv (deficit fonologic, deficit dublu și deficit de automatitate);
- » oferă o explicație coerentă a antecedentelor de dezvoltare ale dislexiei;
- » oferă o explicație de ce există o comorbiditate considerabilă între dislexie și celelalte tulburări de dezvoltare;
- » oferă o provocare teoretică autorilor de ipoteze alternative pentru a oferi un nivel similar de detaliu;

- » oferă o provocare aplicată teoreticienilor de a dezvolta metode de detectare a anomaliilor în funcția cerebeloasă;
- » o contribuție majoră este de a evidenția faptul că este crucial să vedem cercetarea dislexiei în cadrul cercetărilor „mainstream” privind neuroștiința cognitivă.

**Cu toate acestea, este important să evidențiem ceea ce NU pretindem:**

- » ipoteza nu se dorește a fi o explicație pentru TOATE subtipurile de dislexie;
- » ipoteza nu susține că DOAR cerebelul este afectat în dislexie;
- » ipoteza rămâne „lucrare în curs”. În opinia noastră, este doar o stație de cale în direcția unei înțelegeri mult mai complete a bazei neuronale a dislexiei de dezvoltare și a altor tulburări de dezvoltare.

**În concluzie, am prezentat câteva dintre motivele pentru care considerăm că cerebelul ar putea fi una dintre structurile creierului cheie afectate în dislexie. Considerăm că cadrul este unul fructuos, servind la plasarea cercetării dislexiei într-un context semnificativ în ceea ce privește neuroștiința cognitivă a învățării, menținându-și în același timp poziția ca o problemă educațională cheie. Avem încredere că cercetătorii ulteriori vor putea dezvolta mai departe aceste două teme, oferind în cele din urmă legătura lipsă dintre știința creierului și știința educației, noua disciplină a neuroștiințelor pedagogice (*Fawcett și Nicolson, 2007; Goswami, 20*).**

## Povestea terapeutică în procesul terapiei logopedice



**Povestea terapeutică reprezintă un mijloc, o metodă prin care se facilitează învățarea, dezvoltarea personală, dezvoltarea și îmbogățirea limbajului și are un scop terapeutic bine definit, indiferent de vârstă.**

CRISTINA TOHĂNEAN – psiholog principal în psihologie clinică și psihoterapeei cognitiv-comportamentale,  
psiholog specialist în psihoterapie ericksoniană și hipnoza clinică

MIRELA ȚIGĂNAȘ – psiholog principal în psihologie clinică, psiholog specialist în psihoterapie ericksoniană  
și hipnoza clinică

„*A fost odată ca niciodată...*” sunt cuvintele care par că ne duc instantaneu în lumea în care barierele raționale dispar, rigorile logicii se diluează și copilul pășește într-o lume în care totul este posibil. Povestea (*terapeutică*) reprezintă conexiune, relație (*între vorbitor și ascultător*). Arta de a spune povești este adânc înrădăcinată în specia umană; poveștile par a fi existat, probabil, de la începutul omenirii. Ele au fost principalul mijloc de comunicare al marilor propovăduitori ai lumii, iar lecțiile importante ale vieții au fost transmise de la o generație la alta cu ajutorul poveștilor.

Pe lângă acest rol de comunicare, poveștile au rolul de a vindeca, oferind spațiul inepuizabil în care oamenii își rezolvă problemele; ele reprezintă vehiculele cu ajutorul cărora mintea ajunge să-și acceseze propriile resurse pentru depășirea situațiilor dificile. Prin intermediul poveștilor, copiii își pot exprima și înțelege mult mai ușor emoțiile, pot să-și gestioneze mai bine stările afective/emoționale. Povestea este „podul”, „puntea” care transformă realitatea copilului și deschide calea către propriile resurse.

## De ce funcționează poveștile terapeutice?

- » Sunt foarte accesibile minții conștiente și inconștiente – limbajul poveștilor este unul simplu, dar trec de bariera raționalului;
- » Sunt ușor de utilizat – Cui nu-i place să i se spună povești? Cine nu a spus povești vreodată?;
- » Nu există contraindicații în utilizarea lor (dacă sunt utilizate corect) – Ele alunecă foarte ușor de la copil la personajul principal, fiind și foarte creative;
- » Ventilează – ele elimină frâna convenției și a raționalului. Copilul pășește într-o altfel de lume, în care toate perspectivele se schimbă;
- » Transmit norme, valori, modele comportamentale – cu ajutorul poveștilor terapeutice se înlătură comportamente indezirabile; permite copilului să descopere și să simtă că are puterea să rezolve problemele cu care se confruntă;
- » Mesajul poveștii terapeutice este transmis cu ajutorul metaforei – metafora permite verbalizarea realității psihologice strict individuale, a senzațiilor și trăirilor universului nostru interior, pentru care cuvintele obișnuite sunt inadecvate, întrucât au un conținut logic;
- » Mesajul nu este standardizabil – fiecare copil va extrage ceea ce va fi în concordanță cu experiența și nevoile sale;
- » Nu declanșează rezistența la terapie;
- » Efectul emoțional este întotdeauna pozitiv. „Soluțiile” sunt mereu surprinzătoare și contrazic logica obișnuită; ele nici măcar nu sunt enunțate în mod explicit, ci apar ca în/prin vis, în mod magic;

- » Odată descoperită soluția, copilul va lărgi sensul original al mesajului terapeutic, oferindu-i propria interpretare;
- » Mesajul terapeutic se teaurizează – mesajul poveștii este dus mult după terminarea ședinței de terapie logopedică;
- » Poate fi utilizată în orice moment al procesului de terapie logopedică.

## Cum folosim povestea terapeutică în terapia logopedică?

Povestea terapeutică este o tehnică terapeutică, menită să ducă la schimbări emoționale, comportamentale, atitudinale și/sau să dezvolte noi abilități.

- » Înainte de a utiliza povestea terapeutică în procesul terapiei logopedice, este important să avem informații despre copil, despre hobby-urile sale, eroii preferați, activitățile preferate;
- » Poveștile trebuie să fie adaptate la elementele particulare ale copilului. Putem modifica titlul poveștii terapeutice în funcție de genul/sexul copilului (*dacă e băiat vom folosi alternativa masculină a numelui, dacă e fată, vom utiliza alternativa feminină*); putem adapta însușirile personale ale personajului la însușirile copilului căruia ne adresăm;
- » Este de preferat ca poveștile să fie scurte, clare, cu o structură simplă;
- » Poveștile trebuie să fie adaptate vârstei, nivelului cognitiv și lingvistic ale copilului.
- » Pot fi însoțite de marionete, imagini astfel încât atractivitatea lor să fie crescută.

Povestea terapeutică poate ținti direct problemele de limbaj sau poate ținti acele dificultăți care frânează, de multe ori, progresele în terapia logopedică: neatenția, lipsa de organizare, dorința de a abandona la primul obstacol, frica de greșeală, tendința de a face pe clovnul sau de a fi mereu în mișcare, lipsa competențelor sociale, lipsa de punctualitate sau opoziționismul. Ne referim aici la acele dificultăți care, prin intensitate și frecvență, nu fac obiectul unei intervenții psihoterapeutice sau de consiliere psihologică, caz în care se poate lucra în echipă cu psihologul, consilierul școlar sau psihoterapeutul.

**Foarte utilă este povestea terapeutică în situațiile în care copilul suferă de balbism, printre factorii etiologici numărându-se și factorii psihologici:** stări emoționale cu o puternică încărcătură negativă, situații conflictuale, diverse evenimente traumatice și în care copilul conștientizează dificultatea pe care o are și trăiește sentimente de frustrare sau furie, anxietate, iritare, neputință, evitând situațiile sociale.

Povestea terapeutică poate viza atât cauzele, cât și consecințele, propunând prin intermediul metaforei terapeutice schimbarea terapeutică.

### **Ce obiective putem atinge în procesul terapiei logopedice cu ajutorul poveștii terapeutice?**

- » Crearea/îmbunătățirea relației terapeutice;
- » Creșterea complianței la demersul terapeutic;
- » Gestionarea aspectelor emoționale implicate în tulburările logopedice;
- » Dezvoltarea vocabularului;
- » Automatizarea vorbirii corecte;
- » Dezvoltarea înțelegerii verbale;
- » Oferirea unui model pe care copilul poate să-l urmeze pentru a achiziționa vorbirea/scrierea/citirea corectă.

Așadar, povestea terapeutică este o resursă importantă în demersul de terapie logopedică, fie că este folosită direct de către logoped, fie că este folosită de către specialiștii cu care logopedul face echipă: psiholog, consilier școlar, psihoterapeut.

### **Bibliografie:**

- *Elemente de psihoterapie integrativă* – Ion Dafinoiu, Editura Polirom;
- *Basme terapeutice* – Sempronia Filipoi, Editura ASCR, Cluj-Napoca;
- *101 povești vindecătoare pentru copii și adolescenți* – Georges W. Burns, Editura Trei;
- *Povești terapeutice pentru copii mici și mari* – Cristina-Angela Tohănean, Mirela Țigănaș, Editura Creator.





Colegiul



Psihologilor<sup>®</sup>  
din România

## Aspecte practice privind utilizarea terapiei Rațional Emotivă și Comportamentală (REBT) în tulburările de neurodezvoltare



JIBOC ANGELA MARIANA, – psiholog clinician, psihoterapeut cognitiv-comportamental, logoped treapta specialist, expert, supervisor, administrator Jiboc Angela și Asociației-S.C.P.P., profesor logoped gradul I, angajat al C.J.R.A.E. Satu-Mare

### De ce avem nevoie REBT în tulburările de neurodezvoltare?

- » lucrăm cu părinții acestor copii-părinții suferă foarte multe tulburări, și aici vorbim de tulburări emoționale
- » de la apariția Actului Educațional IDEA pentru indivizii cu dizabilități (IDEA) în anul 1990
- » IDEA accentuează, printre altele importanța intervențiilor timpurii pentru dezvoltarea întregului potențial al copiilor cu dizabilități și solicită participarea parentală în toate aspectele educației speciale.

### REBT- Rational emotive behavior therapy

- » Teoria rațional emotivă și comportamentală = fost dezvoltată de Albert Ellis
- » Se bazează pe ideea că **emoțiile și comportamentele apar în urma proceselor cognitive**, mai exact în urma **interpretării** pe care fiecare om în parte o dă situațiilor, și **nu** ca urmare a evenimentelor.

- » Teoria care stă la baza acestor principii susține că este posibil ca oamenii să *schimbe emoțiile și comportamentele pe care le experimentează, modificându-și gândurile și ideile.*
- » Teoria propusă de Ellis este una **biopsihosocială**, deoarece include o serie de factori de ordin:
  - **biologic** (predispoziții cu care ne naștem),
  - **psihologic** (cognițiile pe care le avem, înnăscute sau dobândite) și
  - **social** (gândurile, comportamentele și emoțiile pe care le avem sunt interconectate cu lumea în care trăim).

### CBT – Modelul ABC

- » **A** = corespunde oricărui *eveniment activator*, care reprezintă ceea ce consideră (în mod eronat) oamenii că le cauzează problemele.
- » **B** = corespunde *sistemului de convingeri sau percepțiilor* oamenilor despre evenimentul activator.
- » **C** = corespunde *consecințelor emoționale sau comportamentale* care apar în urma percepțiilor.



### Modelul ABC - CBT

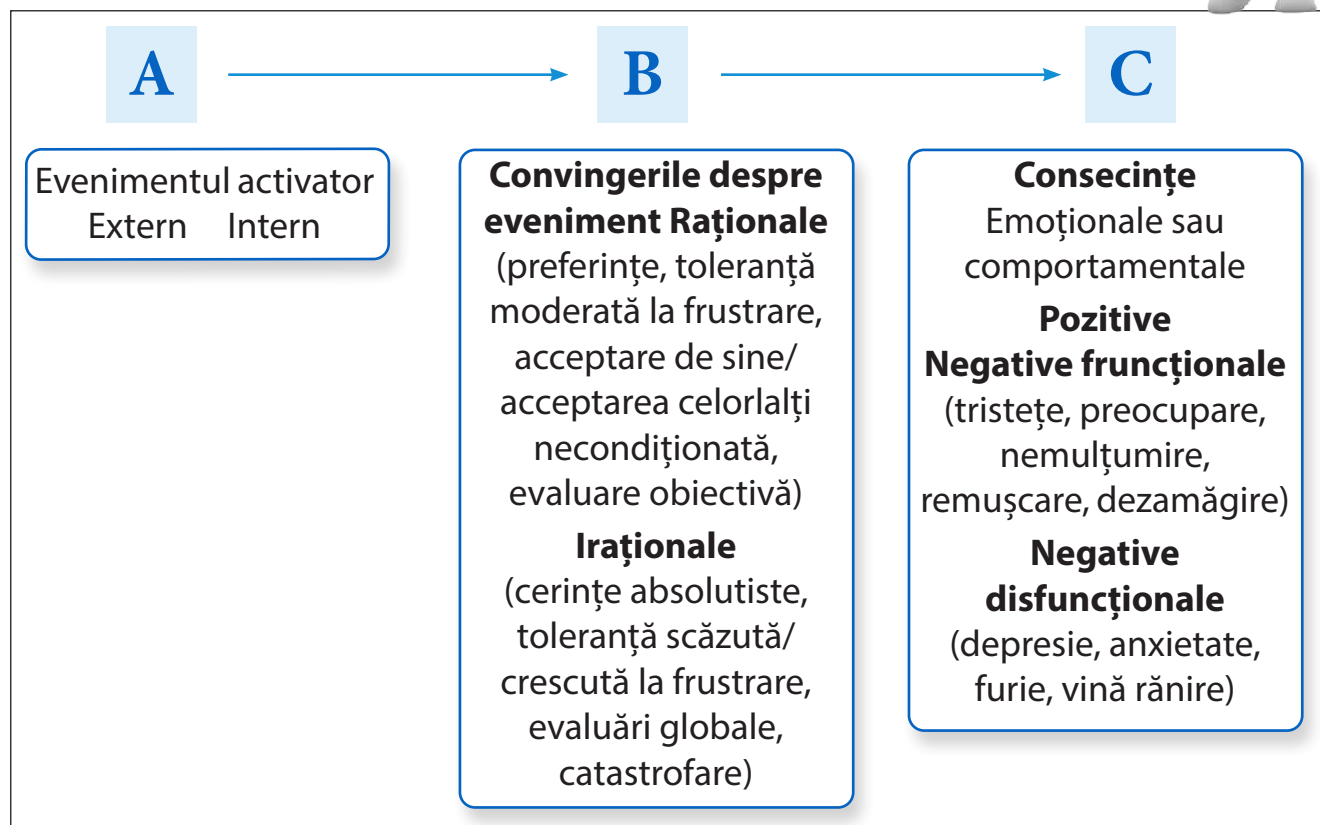


Figura 1: Modelul ABC (Ellis, 1979)



## Convingeri iraționale vs. Convingeri raționale

Convingerile raționale versus convingerile iraționale

Convingerile raționale	Convingerile iraționale
Sunt adevărate	Sunt false
Pot fi susținute prin dovezi	Conduc la deducții incorecte
Sunt logice	Sunt adesea suprageneralizări
NU sunt comenzi și cerințe absolute; sunt dorințe, speranțe și preferințe	Reprezintă comenzi și nevoi de genul „trebuie”
Produc emoții moderate de genul tristeții, iritării și preocupării	Conduc la apariția unor emoții negative de genul depresiei, furiei și anxietății
Ajută la atingerea scopurilor	Împiedică atingerea scopurilor

COPYRIGHT © International Institute for the Advanced Studies of Psychotherapy and Applied Mental Health, Babeș-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania

### MODELUL ABC - COGNITIV

#### A EVENIMENT / SITUAȚIE ACTIVATOARE

- Rezumați pe scurt situația (A) în legătură cu care vă faceți probleme (ex. ce ar vedea o cameră video?)
- A poate fi internă (ex. o emoție) sau externă, real sau imaginar
- A poate fi un eveniment trecut, prezent sau viitor

#### C CONSECINȚE

Principalele **emoții** negative dezadaptative / disfuncționale:

Principalele **comportamente** dezadaptative:

Printre emoțiile negative dezadaptative se numără:

- Frica-Anxietatea
- Furia-Mânia
- Gelozia
- Depresia
- Rușinea
- Vinovăția etc.

#### B-CI (COGNIȚII / CONVINGERI IRAȚIONALE)

Pentru a identifica CI urmăriți:

- **CERINȚE ABSOLUTISTE** (ex. trebuie absolutist)
- **CATASTROFAREA** (ex. este groaznic, îngrozitor, oribil)
- **INTOLERANȚA LA FRUSTRARE** (ex. nu suport)
- **EVALUAREA GLOBALĂ** (ex. Eu (sau ceilalți/lumea) sunt rău, lipsit de valoare)
- **ASOCIERI INCONȘTIENȚE /AUTOMATE** (ex. fără CI conștiente) ÎNTRE A ȘI C

#### D (DISPUTAREA / RESTRUCTURAREA CI)

Pentru a restructura CI întrebați-vă:

- Ce efect are această convingere asupra mea? **Mă ajută sau nu?**
- Ce dovezi există pentru a susține credința mea irațională? **Sunt aceste dovezi consistente cu realitatea?**
- Este credința mea **logică?**
- Ce trebuie să fac pentru a testa și modifica CI conștientizabile și/sau preluările inconștiente care asociază A și C?

#### B-CR (CREDINȚE RAȚIONALE)

Pentru a gândi mai rațional urmăriți:

- **PREFERINȚELE NON-DOGMATICE** (ex. dorințe, așteptări)
- **EVALUAREA CA NEPLĂCERE** (ex. este rău, neplăcut)
- **TOLERANȚA CRESCUTĂ LA FRUSTRARE** (ex. nu îmi place, dar pot să suport și să mă bucur de alte lucruri)
- **EVITAREA EVALUĂRII GLOBALE ȘI FOCALIZAREA PE COMPORTAMENTUL CONTEXTUAL** (ex. eu sunt o ființă umană care poate greși în anumite situații)

#### E (NOUE EFECT)

Emoții negative sau pozitive funcționale:

Comportamente adaptative:

Emoțiile negative funcționale cuprind de exemplu:

- Dezamăgirea
- Îngrijorarea
- Supărarea
- Tristețea
- Regretul
- Emoții disfuncționale mai puțin intense

## Modelul ABC – etapele E și D

- » După ce se identifică setul de credințe iraționale, se poate trece la etapele D și E ale modelului ABC.
- » **Etapa D (disputarea)** presupune provocarea convingerilor iraționale prin chestionarea asumpțiilor referitoare la un anumit eveniment. Iar după ce are loc disputarea și convingerile raționale le înlocuiesc pe cele iraționale, apar emoții mult mai moderate
- » **Etapa E – găsirea unei soluții eficiente**
- » **Ajutați-l pe părinte să schimbe C-urite, nu A-urile.**



## Relația și aspectele relației- stabilirea unei relații în care părintele își va împărtăși deschis gândurile și emoțiile

- » Disputarea credințele iraționale aspect fundamental în REBT.
- » Evaluarea trebuie să abordeze motivația părinților pentru schimbare și resursele disponibile pentru a-i ajuta să realizeze acest lucru astfel încât intervenția să poată și planificată adecvat și cu expectanțe realiste

## Teme comune când se lucrează cu părinții copiilor cu nevoi speciale

- » **Aceste domenii comune includ cognițiile autodistructive privind următoarele aspecte:**
  - **negare vs acceptare** – acest punct de vedere postulează existența stadiilor suferinței prin care părintele trebuie să treacă înainte de a reuși să accepte copilul
  - **teamă vs preocupare activă** – Intervenția informată REBT
  - **furie vs aserivitate rațională** – Furia este o problemă majoră pentru părinții copiilor cu dizabilități
  - **vinovăție vs autoacceptare** – oferim de exerciții comportamentale pentru a ajuta părintele să-și redistribuie atenția.



## Comunicarea la copiii nonverbali cu autism



FELICIA PLOȘCEANU – psiholog doctorand, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău

CORNELIA BODORIN – doctor în psihologie, Conferențiar universitar, IMU IMSP, Chișinău

**Comunicarea prin limbaj este un element fundamental în dezvoltarea socială și emoțională a copilului.**

**Deși majoritatea copiilor dobândesc vorbirea în mod natural, unii întâmpină dificultăți semnificative în învățarea și utilizarea acesteia, în special cei diagnosticați cu tulburări de spectru autist.**

**Acești copii prezintă deficiențe în interacțiunea socială, comportamente rigide și repetitive, iar limbajul poate fi absent, limitat sau afectat în profunzime.**

Conform ICD-10 (2016), dificultățile comunicative pot include lipsa limbajului, imitarea deficitară, expresia verbală rigidă, lipsa reciprocității și gesturilor acompaniatoare. La unii copii, inițierea comunicării are rol funcțional restrâns — orientată mai degrabă spre satisfacerea unor interese personale repetitive decât spre interacțiune reală. Diferențele dintre cazurile severe și cele ușoare sunt evidente: unii copii nu reacționează deloc la încercările de comunicare, alții pot răspunde succint sau doar la solicitări concrete.

**Deficiențele pot afecta atât limbajul receptiv, cât și cel expresiv:** exprimarea nevoilor, interpretarea mesajelor verbale și nonverbale, respectarea regulilor conversaționale, precum și înțelegerea nuanțelor, umorului sau ironiei. Deși unii copii dezvoltă limbaj precoce, mulți nu ajung să utilizeze vorbirea în mod funcțional (Wetherby & Prizant, 1992).

Un aspect esențial în dezvoltarea limbajului la copii este apariția unei comunicări intenționate și simbolice, vizibilă în mod obișnuit între 9 și 12 luni (Wetherby, Warren, Reichle, 1998).

În cazul copiilor cu tulburări din spectrul autist (TSA), dezvoltarea comunicării este frecvent întârziată și diferită de parcursul tipic, afectând în mod special componenta socială. Pentru acești copii — precum și pentru tineri și adulți cu TSA — comunicarea verbală poate fi absentă sau minimă, termenii folosiți pentru a descrie aceste situații includ „prelingvistic”, „non lingvistic”, „non verbal” sau „minim verbal” (Tager-Flusberg & Kasari, 2013).

**Etapa prelingvistică** include capacități precum privirea, gesturile, vocalizările și oferă fundamentul pentru dezvoltarea limbajului și comunicării funcționale. La persoanele cu dizabilități de dezvoltare, inclusiv autism, această etapă poate fi prelungită, dar rămâne crucială. Potrivit lui Keen, Meadan, Brady și Halle (2016), abilitățile dobândite în această perioadă sunt decisive pentru construirea comunicării eficiente pe termen lung. De asemenea, studiile realizate de McCathren, Yoder și Warren (2000) arată o legătură puternică între utilizarea timpurie a mijloacelor de comunicare și dezvoltarea ulterioară a limbajului.

În anul 1985, Carr și Durand au demonstrat printr-un studiu că anumite comportamente problematice pot funcționa ca formă de comunicare. Ulterior, cercetările au arătat că persoanele cu exprimare verbală minimă și resurse limitate pentru a-și manifesta dorințele sau nevoile sunt mai predispuși la comportamente disfuncționale.

În cazul copiilor cu tulburări din spectrul autist aflați în etapa prelingvistică, riscul de a dezvolta comportamente problematice ca substitut pentru comunicare este considerabil crescut.

**Dezvoltarea limbajului la copiii și adolescenții cu tulburări din spectrul autist (TSA)** este adesea marcată de dificultăți în comprehensiunea și exprimarea verbală, incluzând aspecte precum limbajul receptiv, expresiv, structura frazelor, utilizarea pragmatică și prezența unor formulări inadecvate, precum ecolalia sau enunțurile stereotipe. În plus, aceștia pot prezenta limitări semnificative în ceea ce privește „Teoria Minții” — atât de ordinul întâi, cât și de ordinul al doilea — chiar dacă funcțiile cognitive generale sunt păstrate. Problemele privind înțelegerea și folosirea pragmaticii limbajului sunt strâns legate de aceste deficite, precum și de dificultăți în sfera pragmaticii sociale, conform studiului realizat de Katsarou (2023).



Comunicarea socială presupune atât exprimarea verbală, cât și comunicarea nonverbală, iar în cazul copiilor cu tulburări din spectrul autist (TSA), dificultățile de interacțiune verbală se manifestă mai ales la nivel pragmatic — adică în utilizarea adecvată a limbajului în contexte sociale. Acești copii prezintă frecvent deficiente variate de limbaj, ce pot afecta nu doar forma, ci și funcția comunicării în interacțiunile cotidiene (*La Valle, 2020*).

Tulburările calitative ale comunicării includ absența utilizării limbajului, dificultăți în imitarea comportamentelor verbale și sociale, lipsa sincronizării și reciprocității în conversație, rigiditatea expresiei verbale, absența creativității în gândire, lipsa reacției emoționale la inițiativele comunicative ale altora și deficiențe în modularea vocală (*cadru ritmic, accent*), precum și în folosirea gesturilor care ar însoți și întări mesajul verbal (*ICD-10, 2016*).

**La copiii cu autism în forme mai severe**, lipsa de interes pentru comunicare este evidentă, aceștia nefiind receptivi la inițiativele celor din jur. În cazurile mai ușoare, se observă o implicare limitată — răspunsurile sunt succinte și restrânse, dar există o deschidere față de interacțiune. Sunt și situații în care unii copii cu autism inițiază comunicarea, însă scopul principal nu este dialogul sau schimbul emoțional, ci satisfacerea unor interese repetitive. Acești copii pot repeta aceeași întrebare în mod perseverent sau pot susține monologuri extinse pe teme specifice preferate, fără interes pentru implicarea celuilalt (*Gillberg, 1989*).

Persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist pot manifesta dificultăți

variate în domeniul comunicării, care diferă de la un individ la altul. Acestea pot include probleme în exprimarea nonverbală, o vorbire limitată sau, în unele cazuri, un limbaj expresiv prezent, dar afectat în ceea ce privește abilitățile lingvistice superioare. Dificultățile se pot observa în interpretarea limbajului ambiguu, formularea inferențelor și înțelesului indirect, precum și în receptarea glumelor sau a sarcasmului.

**Zonele de dificultate cuprind:** vorbirea și înțelegerea (limbajul expresiv și receptiv); exprimarea nevoilor, emoțiilor și opiniilor; decodarea mesajelor verbale și nonverbale transmise de ceilalți; respectarea regulilor de interacțiune socială (*alternanța în conversație, rolul de interlocutor*); și utilizarea limbajului în scopuri funcționale, ca mijloc de comunicare autentică (*Miller, 2010, p.20*).

Sprijinirea dezvoltării copiilor nonverbali necesită o evaluare detaliată și construirea unui sistem de comunicare adaptat nevoilor individuale. Acest sistem poate integra semne, imagini, tehnologii asistive, alături de intervenții logopedice și comportamentale. Prin promovarea comunicării funcționale, copiii capătă oportunitatea de a-și exprima dorințele, de a fi înțeleși și de a se conecta eficient cu mediul și persoanele din jurul lor.

**În concluzie**, comunicarea reprezintă un pilon fundamental în dezvoltarea armonioasă a fiecărui copil, contribuind la exprimarea gândurilor, trăirilor și relaționarea cu mediul social. În cazul copiilor cu tulburări din spectrul autist, procesul de dobândire și utilizare a limbajului poate fi profund afectat, necesitând sprijin

specializat și intervenții adaptate. Copiii cu TSA se confruntă adesea cu dificultăți în comunicarea verbală și nonverbală, în special în utilizarea pragmatică a limbajului, în exprimarea emoțiilor și în înțelegerea nuanțelor sociale.

În unele cazuri, vorbirea este absentă sau limitată, iar interacțiunea cu ceilalți se reduce la nevoi de bază sau interese repetitive. Comunicarea prelingvistică — gesturi, privire, vocalizări — joacă un rol esențial în dezvoltarea ulterioară a abilităților de exprimare și este adesea prelungită la acești copii. Este important ca fiecare copil să fie evaluat individual, pentru a identifica modalități personalizate de susținere a comunicării funcționale. Acestea pot include semne, pictograme, tehnologii asistive și terapii logopedice sau comportamentale, adaptate nevoilor și stilului de învățare al copilului. Înțelegerea complexității dificultăților de comunicare în TSA este un pas important în crearea unui mediu empatic, incluziv și eficient. Prin colaborare între specialiști, familie și cadre educaționale, se pot construi punți de comunicare care oferă copiilor șansa de a fi auziți, înțeleși și implicați activ în viața socială și educațională.

### Bibliografie:

1. Carr, E. & Durand, M. (1985). Reducing behavior problems through functional communication training. În *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 111-126.
2. Gillberg, C. (1989). *Diagnosis and Treatment of Autism*, Springer: New York, ISBN (eBook) 978-1-4899-0882-7.
3. Katsarou, D.V. (2023). „Developmental Language Disorders in Childhood and Adolescence”, IGI Global, e ISSN 2475-6679
4. Keen, D., Meadan, H., Brady, N.C., Halle, J.W. (2016). „Prelinguistic and Minimally verbal Communication on the Autism Spectrum”, eISBN 978-981-10-0713-2, Senegal: Springer Nature Singapore.
5. La Valle, C.; Plesa-Skwerer, D.; Tager-Flusberg, H. (2020). Comparing the pragmatic speech profiles of minimally verbal and verbally fluent individuals with autism spectrum disorder. În *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 50, 3699–3713.
6. McCathren, R.B., Yoder, P.J. & Warren, S. F. (2000). Testing predictive validity of the communication composite of the communication and symbolic behavior scales, În *Journal of Early Intervention*, 23 (3), 36-46.
7. Miller, L. (2010). „Practical Behaviour Management Solutions for Children and Teens with Autism”, Jessica Kingsley Publishers.
8. Organizația Mondială a Sănătății. (2016) „ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Descrieri clinice și îndreptare diagnostică”, Editura Trei, ISBN: 978-606-71-9838-6.
9. Tager-Flusberg, H., Kasari, C. (2013). Minimally Verbal School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder: The Neglected End of the Spectrum. În *Autism Research*, 6(6), 468–478, ISSN 1939-3792.
10. Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (1992). Profiling young children's communicative competence. În S. F. Warren & J. E. Reichle (Eds.), *Causes and effects in communication and language intervention* (pp. 217–253). Paul H. Brookes Publishing.
11. Wetherby A.M., Warren S.F., Reichle J. (1998). Communication and Language Intervention Series Vol 7. În *Communication Matters*, 13(1), 31.

# TERAPIA LOGOPEDICĂ LA COPIII NON-VERBALI: intervenție timpurie, metode moderne și abordări personalizate

Terapia logopedică este o activitate complexă și multidimensională, adaptată specific fiecărui copil în parte. Spre deosebire de abilitățile motorii, vorbirea este o abilitate care se dezvoltă și se dobândește mai lent.

În funcție de cât de dezvoltate sunt limbajul, vocabularul sau abilitățile de comunicare, putem observa un impact în ceea ce privește adaptarea la grădiniță, școală și mai târziu la locul de muncă.



ELENA MODORAN – logoped, administrator Centrul *Recuperarea copilăriei*

**Limbajul verbal** este o metodă de comunicare întâlnită exclusiv la om. Comunicarea există și la alte specii, însă doar omul deține capacitatea de a emite și înțelege simboluri complexe prin intermediul limbajului.

Două regiuni cerebrale majore implicate în vorbire sunt aria Broca (responsabilă de articulare, respectiv limbajul expresiv) și aria Wernicke (responsabilă de înțelegere, respectiv limbajul receptiv).

H. Rudolph Schaffer identifică patru componente fundamentale ale limbajului:

- » **Fonologia:** dezvoltarea sunetelor, de la lalațiune la articulație corectă;
- » **Semantica:** înțelegerea și utilizarea sensului cuvintelor (apare în jur de 2 ani);
- » **Sintaxa:** combinarea cuvintelor în propoziții semnificative;
- » **Pragmatica:** utilizarea limbajului în contexte sociale reale.

Un copil non-verbal nu folosește vorbirea articulată pentru a comunica. Nu înseamnă că nu comunică deloc, mulți dintre ei indică obiecte, folosesc gesturi, sunete sau comportamente pentru a transmite un mesaj. Cauzele pot include:

- » Tulburări din spectrul autismului (TSA);
- » Alalie (motorie, senzorială sau mixtă);
- » Apraxie de vorbire;
- » Deficiențe neuro-motorii;
- » Întârziere globală în dezvoltare;
- » Factori psiho-emoționali severi.

Indiferent de cauză, obiectivele generale sunt similare:

- » Dezvoltarea inițiativei comunicative;
- » Crearea motivației pentru interacțiune;
- » Stimularea auzului fonematic și a imitării verbale;
- » Îmbogățirea vocabularului receptiv și expresiv;



- » Încurajarea exprimării funcționale (*verbală sau non-verbală*);
- » Formarea treptată a structurilor gramaticale de bază.

Terapia pornește de la nivelul la care se află copilul. Logopedul lucrează în paralel pe mai multe planuri: senzorial, motor, cognitiv și emoțional.

**Printre metodele utilizate se numără:**

- » Stimularea auditivă și vizuală (*ex. cărți cu sunete, aplicații, instrumente*);
- » Terapia ABA și abordarea verbal-comportamentală (încurajarea cererilor funcționale, modelarea răspunsului);
- » PECS – comunicare prin schimb de imagini;
- » Gestiune vizuală și imitare motorie;
- » Jocuri de imitație vocală și onomatopeică;
- » Jocuri senzoriale cu apă, nisip, texturi, pentru integrarea senzorială.

**Sondele logopedice sunt instrumente esențiale pentru stimularea și conștientizarea mișcărilor articulatorii. Pot fi:**

- » **Simple** (pentru apăsare, tragere, vibrație);
- » **Vibratoare** (Z-vibe) – pentru feedback senzorial;
- » **Sonde cu texturi** – pentru stimulare tactilă a limbii, buzelor, obrazilor.

Masajul oro-facial are rolul de a tonifia musculatura implicată în vorbire și a crește conștientizarea proprioceptivă.

Se realizează cu:

- » Mișcări circulare și de apăsare ușoară;
- » Creme speciale sau periuțe moi;
- » Combinate cu exerciții de suflat, supt, mimă facială etc.

Instrumente și strategii complementare

» **Metoda Tomatis:** stimulare auditivă cu muzică filtrată;

» **Terapia prin muzică:** folosirea ritmului și melodiilor pentru stimularea limbajului;

» **Citirea globală și pictogramele:** învățarea prin recunoaștere vizuală;

» **Scriere funcțională:** folosirea simbolurilor și obiectelor pentru exprimare (ex: pahar = vreau apă);

» **Tehnici de joc:** imitarea grotescă, crearea de obstacole, urmarea copilului în joc.

Terapia se desfășoară într-un mediu verbal și obiectual protejat. Sala trebuie să fie aerisită, lipsită de stimuli inutili. Materialele se scot la momentul oportun,

pentru a încuraja concentrarea și inițiativa copilului.

Familia are un rol vital:

» Continuă exercițiile acasă;

» Participă activ la învățare;

» Oferă feedback constant și validare;

» Își ajustează așteptările în funcție de ritmul copilului.

Terapia logopedică la copiii non-verbali este un proces de durată, dar esențial pentru dezvoltarea lor generală.

Nu se concentrează doar pe cuvinte, ci pe funcția comunicării. Progresul se măsoară uneori în sunete, alteori în priviri, gesturi sau momente de conectare.

**Cu răbdare, empatie și intervenție timpurie, orice copil poate învăța să fie ascultat, indiferent de forma exprimării sale.**



### Bibliografie:

1. Blaga Tatiana – *Intervenția logopedică în cazul copiilor nonverbali* (Chișinău, 2018);
2. Schaffer, H. R. – *Introducere în psihologia copilului*, Editura ASCR, 2005;
3. Vrașmaș, E. & Stănică, C. – *Tulburările de limbaj – evaluare și intervenție*, 1997;
4. Olărescu, V. – *Logopedia: Perspectiva diagnosticului logopedic*, Chișinău, 2008;
5. Rulencova, L. – *Metoda verbotonală pentru copiii cu deficiențe de auz*, Moscova, 2010;
6. Tomasello, M. – *Constructing a language*, Harvard University Press, 2005;
7. Sandiford, G. – *Music-based communication therapy for children with autism*, 2003.



## ABA și DIR Floortime nu sunt terapii, sunt abordări terapeutice



**ASPERA**

Abordările ABA (Analiza Comportamentală Aplicată) și DIR Floortime (DIR- abordare bazată pe Dezvoltare/Diferențe Individuale/Relație) sunt abordări terapeutice utilizate în sprijinul copiilor neurodivergenți. Este esențial să înțelegem că acestea nu sunt terapii în sine, ci abordări terapeutice care ghidează intervențiile specialiștilor.

ALINA MUNTEANU – Centrul ASPERA



## Ce înseamnă o abordare terapeutică?

O abordare terapeutică reprezintă un set de principii și metode pe care terapeuții le aplică în intervenții în funcție de nevoile copilului. Ea nu este o terapie unică și standardizată, ci mai degrabă o filozofie de lucru din care derivă diverse tipuri de tehnici și de programe.

În cazul ABA și DIR Floortime, acestea oferă cadre conceptuale care trebuie adaptate în funcție de nevoile individuale ale fiecărui copil și care este esențial să țină cont de capacitățile de dezvoltare pe fiecare palier de dezvoltare al copilului – motricitate grosieră, motricitate fină, comunicare, cognitiv, emoțional, social.

## ABA – Analiza Comportamentală Aplicată

ABA este o abordare bazată pe știința comportamentului, concentrându-se pe învățarea prin întărire pozitivă și modelarea comportamentelor dorite.

Aceasta implică descompunerea sarcinilor complexe în pași mai mici și recompensarea progresului. Deși este utilizată pe scară largă, există critici privind aplicarea sa rigidă și lipsa adaptabilității la nevoile individuale ale copiilor.

## **DIR Floortime – Abordarea bazată pe Relație, Diferențe individuale și Dezvoltare**

DIR Floortime pune accent pe dezvoltarea emoțională și relațională a copilului, pe diferențele lui individuale și se bazează pe trepte de dezvoltare. Aceasta se concentrează pe interacțiunea prin joc și pe construirea unei relații de încredere între copil și adult. DIR Floortime este flexibilă și adaptabilă, permițând intervenții personalizate în funcție de interesele și nevoile fiecărui copil. Rolul ei este de a stimula dezvoltarea socio-emoțională, cognitivă și comunicarea prin relații semnificative și experiențe interactive.

### **De ce este importantă această distincție între TERAPIE și ABORDARE TERAPEUTICĂ?**

În primul rând terapiile se aleg în funcție de ariile de dezvoltare ale copilului care trebuie stimulate. Acestea sunt împărțite în general în cinci categorii:

#### **1. Dezvoltarea fizică**

Vorbim aici de abilități motorii groșiere cum ar fi: mișcările ample ale corpului, sărit, alergat. Dacă aceste abilități sunt afectate atunci avem nevoie de KINETOTERAPEUT. Tot în această categorie intră și abilitățile motorii fine. Vorbim de mișcări mai precise, cum ar fi scrisul sau utilizarea tacâmurilor. Dacă aceste abilități sunt afectate, avem nevoie de TERAPEUT OCUPAȚIONAL. Tot în această categorie intră și procesarea senzorială, aici vorbim de integrarea simțurilor – de exemplu, cum ar fi să integrăm partea de auz cu echilibrul și cu atingerea. În cazul în care procesarea senzorială

este afectată, avem nevoie din nou de TERAPEUT OCUPAȚIONAL cu formare în integrare senzorială

#### **2. Dezvoltarea cognitivă**

Aici sunt incluse memoria și atenția, vorbim de înțelegerea conceptelor, cum ar fi: numere, timpul de gândire și raționament atunci când vorbim de rezolvarea de probleme, de înțelegerea cauză-efect. La copii mici vedem totul în jocul lor. Dacă dezvoltarea cognitivă este afectată, atunci avem nevoie de PSIHOTERAPEUȚI sau PSIHOPEDAGOGI SPECIALI.

#### **3. Dezvoltarea comunicării și a limbajului**

Aici vorbim de limbaj receptiv și anume înțelegerea cuvintelor și a propozițiilor, de limbaj expresiv, adică folosirea cuvintelor, a gesturilor și a simbolurilor pentru a comunica și de limbaj pragmatic și anume folosirea limbajului în contexte sociale. Dacă această arie de dezvoltare este afectată atunci avem nevoie de LOGOPED.

#### **4. Dezvoltarea socială și emoțională**

Aici vorbim de reglare emoțională, vorbim de atașament și relații interpersonale, vorbim de imaginea de sine și stima de sine și vorbim de interacțiuni sociale cum ar fi împărțirea, empatia și cooperarea. Dacă această arie de dezvoltare este afectată atunci avem nevoie de PSIHOTERAPEUT.

#### **5. Dezvoltarea adaptativă sau a abilităților de viață independentă.**

Aici vorbim de îngrijirea personală și anume îmbrăcat, alimentație, folosirea toaletei, vorbim de independență, respectarea rutinelor sau igiena personală și vorbim de abilități în comunitate - orientarea în spații, de exemplu. Dacă



această arie de dezvoltare este afectată atunci avem nevoie de **TERAPEUT OCUPAȚIONAL**. Este foarte important să înțelegem că toate aceste categorii sunt interconectate iar aici devine esențială echipa multidisciplinară.

**Înțelegerea faptului că ABA și DIR Floortime** sunt abordări terapeutice, nu terapii standardizate, permite o aplicare mai flexibilă și adaptată la nevoile individuale ale copiilor. Aceasta încurajează colaborarea între specialiști și părinți pentru a dezvolta intervenții personalizate care să sprijine dezvoltarea optimă a fiecărui copil.

Diferitele abordări terapeutice sunt utilizate de specialiști cu formări universitare variate, în funcție de obiectivele stabilite în terapie. Este esențial să înțelegem legătura dintre aceste metode și profesiile celor care le aplică. Alegerea unei abordări nu este întotdeauna strictă, un terapeut poate fi format în mai multe metode și le poate combina adaptat nevoilor copilului.

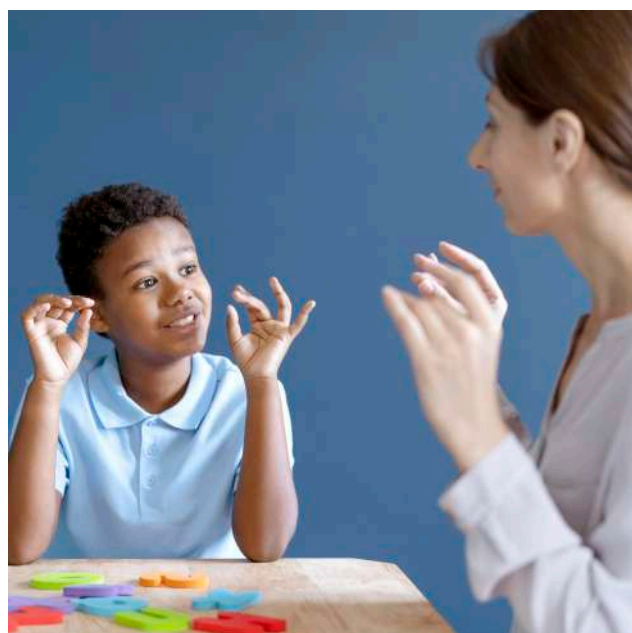
De exemplu, un logoped sau un terapeut ocupațional poate folosi elemente din DIR Floortime pentru a sprijini dezvoltarea emoțională și învățarea, dar poate apela și la tehnici din ABA pentru atingerea unor obiective punctuale. Ceea ce contează este flexibilitatea specialistului și capacitatea de a adapta intervenția în funcție de copil, nu rigiditatea metodei.

## ÎN CONCLUZIE: de ce nu sunt terapii?

- » pentru că nu sunt formări universitare/post-universitare (precum kinetoterapia, logopedia, terapia ocupațională);
- » pentru că oferă cadre conceptuale din care derivă tehnici variate;
- » pentru că se integrează în alte terapii, de exemplu: logopedia sau terapia ocupațională pot folosi principii ABA sau DIR Floortime.

**Concluzionând**, înțelegerea ABA și DIR Floortime ca abordări terapeutice subliniază importanța personalizării intervențiilor și a colaborării strânse între specialiști și familii pentru a sprijini dezvoltarea armonioasă a copiilor neurodivergenți.

Ambele sunt abordări terapeutice și devin eficiente doar prin aplicarea lor în terapii concrete (*logopedie, terapie ocupațională, psihoterapie, intervenții educaționale etc.*).



# Rețete de jocuri pentru stimularea vorbirii la copiii mici

În logopedie, uneori cele mai bune rezultate vin din cele mai simple activități. Așa cum o rețetă culinară transformă câteva ingrediente banale într-o mâncare delicioasă, la fel putem transforma obiecte obișnuite și momente de joacă în contexte bogate de limbaj.

IOANA MARCELA CRIȘAN – logoped și psihopedagog



Vă propun câteva „rețete de jocuri” testate cu copiii, pe care le puteți folosi atât în cabinet, cât și acasă, pentru a stimula primele cuvinte și propoziții.

## 1. Supa de cuvinte magice

**Ingrediente:** un bol, lingurițe, cuburi sau piese mici.

**Mod de preparare (joc):** copilul „gătește” împreună cu adultul. De fiecare dată când pune un cub în bol, adultul spune un cuvânt simplu („mama”, „apa”, „pa”). Copilul este invitat să repete sau să adauge propriul „ingredient verbal”.

**Rezultatul:** dezvoltă imitația verbală și asociază cuvântul cu o acțiune concretă.

## 2. Pizza propozițiilor

**Ingrediente:** carton decupat ca blat, cercuri colorate de hârtie pentru „toppinguri”.

**Mod de preparare (joc):** copilul adaugă toppingurile și spune cuvintele: „roșie”, „brânză”. Adultul modelează propoziții: „Vreau brânză”, „Pun roșie”. Copilul este încurajat să combine două elemente: „Pun brânză roșie.”

**Rezultatul:** trecerea naturală de la cuvinte izolate la propoziții scurte.

### 3. Smoothie de onomatopee

**Ingrediente:** poze cu animale, un blender de jucărie sau un borcan transparent.

**Mod de preparare (joc):** copilul „pune” animalele în blender și imită sunetele lor („muuu”, „ham-ham”). Adultul întreabă: „Ce bem? Smoothie de muuu!”

**Rezultatul:** stimulează imitația sunetelor și dezvoltă treptat cuvinte simple.

### 4. Sandvișul întrebărilor

**Ingrediente:** felii de pâine decupate din carton, „umpluturi” (salată, șuncă, brânză desenate).

**Mod de preparare (joc):** adultul întreabă: „Ce pui pe sandviș?” Copilul alege și răspunde cu cuvântul. La nivel mai avansat: „Pun șuncă.”

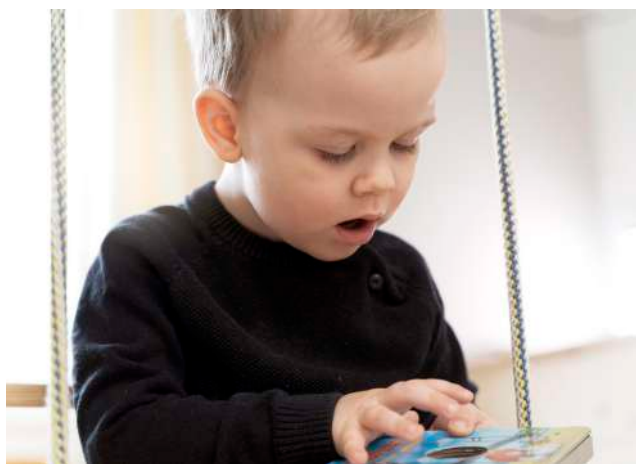
**Rezultatul:** exersează răspunsurile la întrebări și formarea propozițiilor funcționale.

### 5. Desertul surpriză

**Ingrediente:** cutii mici, figurine sau obiecte ascunse.

**Mod de preparare (joc):** copilul deschide cutia și spune ce găsește („minge”, „pisică”). Adultul modelează propoziții: „Am găsit mingea.”

**Rezultatul:** îmbogățește vocabularul și stimulează propozițiile de tip „Am + verb + obiect”.



### Concluzie

Aceste „rețete” de jocuri au câteva ingrediente secrete care le fac să funcționeze:

- **Repetiția** – copilul are nevoie să audă și să spună de mai multe ori;
- **Modelarea adultului** – părintele sau logopedul oferă mereu varianta corectă;
- **Bucuria împărtășită** – copilul vorbește mai mult atunci când simte plăcerea jocului.

Nu sunt lecții rigide, ci activități care aduc limbajul în viața de zi cu zi. Și, la fel ca în orice rețetă bună, rezultatul final aduce satisfacție și bucurie, în cazul nostru, primele cuvinte și propoziții ale copilului.



## Logopedia practică – prin jocuri și exerciții

### Preambul

**A intra în lumea cuvântului presupune a cunoaște și înțelege lumea. A descifra ceea ce e ascuns. Pentru că Universul nu este doar constituit din obiecte, ci mai ales din relații (între obiecte și ființe).**

CIOACĂ BETI ANA – logoped Vicepreședinte ALR

Utilizarea voluntară a cuvântului începe la un an. **Între 14-18 luni** copiii pot denumi câteva obiecte și ființe. Limbajul se învață prin imitație. Deci un copil supus „băii de cuvinte” va intra prin imersiune în lumea apropiată, decodând instrucțiunile aparținărilor, oferind și solicitând. Gândirea, atenția și memoria cresc într-un ritm amețitor.

**În jurul vârstei de 18 luni** încep să folosească aproape constant cuvinte, iar la 24 luni repertoriul vocabularului activ al copilului ajunge la aproximativ 300 de cuvinte. Deci potențialul comunicațional al copilului explodează. „Cuvântul – frază” de la 24 luni este încărcat cu substanță emoțională. În funcție de împrejurări cuvântul poate avea conotații diferite.

**La 2 ani și jumătate** apare „prefraza” din 2-3 cuvinte, dar cu un stil telegrafic. Începe perioada „de ce” urilor. Copilul

vrea să cunoască mai mult din realitate. Tot în această perioadă putem vorbi și de perioada „gramaticală”.

Copilul însoțește fiecare acțiune cu cuvinte, la început nefiind interesat de captarea atenției celor din jur. Nu îl interesează dacă este înțeles sau nu, iar pe el se prezintă la persoana a treia, ca și cum ar fi ceva exterior lui însuși.

Treptat monologul se interiorizează și devine joc verbal. Dar comunicarea verbală poate să capete o mai mare semnificație socială când este coroborată cu plâns sau râs. Plânsul poate indica un disconfort, o nevoie, o durere. Deci avem o multitudine de tonalități care pot informa aparținătorii despre starea lui.

Zâmbetul este un stimul înnăscut care treptat devine răspuns social. Zâmbetul aduce acel echilibru emoțional necesar în construcția unei familii.

## Dezvoltarea psiho-motorie

Activitatea logopedică ar trebui să înceapă în fazele mici ale preșcolarității cu investigarea acestui areal. Copilul mic simte imperioasă nevoia de mișcare, astfel reușind să descifreze realitatea imediată

## Obiectivele dezvoltării senzorio-motorii în activitatea logopedică

- » **Logopedul va trebui să cunoască** modalități de a face copilul să recunoască lumea prin onomatopee, gesturi, incastre, puzzle-uri, înșiruri de obiecte pe ață
- » **Logopedul va trebui să utilizeze** diferite texturi (*nisip, apă, pluș, plastic, burete*)
- » **Logopedul trebuie să învețe copilul** cu anumite structuri ritmice
- » **Logopedul trebuie să învețe preșcolarul** să își conștientizeze simțurile (*recunoașterea auditivă, vizuală, tactilă*)
- » **Logopedul trebuie să găsească** acele modalități care să îl sprijine pe copil să își dezvolte abilitățile oculo-motorii și pensa digitală.

### Practici de sprijin

- Imagini și onomatopee
- Jocuri puzzle
- Urmărirea traseelor
- Recunoașterea sunetelor, formelor, culorilor
- Jocuri de mișcare și oprire la semnal
- Teatru de păpuși
- Aruncarea la țintă
- Titirezul
- Exerciții de respirație
- Deschiderea și închiderea sîpetelor

## Exemple de jocuri senzorio-motorii pentru preșcolar

### 1. Jocul „plantăm cartofi”

**Număr participanți:** 5-6 copii

Două rânduri de copii

Un copil plantează un cartof în fața șirului.

Se reîntoarce în rând predând ștafeta celui de-al doilea copil.

Câștigător e șirul cu cei mai mulți cartofi plantați.

### 2. Jocul „aruncăm mingiile”

- un coș

- niște mingii se aruncă de la 2 metri

Copiii vor fi încurajați de logoped și de coechipieri.



### 3. Jocul „prindem fluturașii” (și pentru dezvoltarea atenției auditive)

#### Logopedul prezintă tabloul și rolurile:

„Voi sunteți ursuleți. *Cum fac ursuleții?*  
Acum mergem prin pădure cu mâinile pe genunchi și mormăim. Acum mâinile în șold și mormăim. Trece un fluture și îl prindem.”

### 4. Jocul „comanda la mine”

Logopedul comandă. Copiii execută.

„Mergem spre dreapta”

„Mergem spre stânga!”

„Înainte!”

„Înapoi!”

## Dezvoltarea limbajului, a comunicării și premisele citirii și scrierii

În primii ani de viață limbajul are un impact puternic asupra dezvoltării creierului. În cadrul jocului, copilul își exprimă emoțiile, sentimentele. El învață să asculte și să-i înțeleagă pe ceilalți în cadrul jocului. În cadrul ședințelor de logopedie copilul învață jocul cu sunetele și conștientizează mesajul oral, iar mai apoi scris/citit. Jocurile folosite în cadrul activității logopedice vor conduce la dezvoltarea capacității de ascultare și înțelegere (*comunicarea receptivă*) și dezvoltarea capacității de vorbire și comunicare (*comunicarea expresivă*).

## Obiectivele stimulării percepției vizuale în terapia logopedică

Copilul care intră în terapia logopedică va deveni treptat, prin intermediul jocului, capabil să asculte și să înțeleagă. Copilul la 4 ani înțelege comenzi și poate să repete mesaje verbale simple. Ascultă povești și poate răspunde la întrebări pe marginea poveștii. În cadrul terapiei logopedice vor fi explicate cuvintele necunoscute.

Logopedul va crea copiilor oportunități de a răspunde la întrebări pe marginea poveștii, astfel dezvoltând vocabularul. Jocul logopedic va asigura copilului condiții în care să demonstreze înțelegerea limbajului și a firului epic al povestirii. Copilul va participa activ în cadrul orelor de terapie logopedică făcând dovada înțelegerii limbajului oral. Copilul va demonstra în cadrul orelor de logopedie înțelegerea limbajului și interesul pentru dezvoltarea vorbirii.

**La 5 ani** copilul va putea diferenția sunetele surde și sonore. Va putea identifica obiecte și acțiuni și va putea face diferența între cuvinte reale și cuvinte inventate. Copilul cu intelect normal va pune întrebări despre cuvintele necunoscute. La 5 ani copilul poate povesti independent aranjând imaginile în succesiunea lor. Copilul de 5 ani participă adecvat la conversații, el fiind stimulat să povestească întâmplări din viața de preșcolar.

Copilul la 5 ani ar trebui să se exprime corect fonologic și gramatical și formulează propoziții din 3-4 cuvinte. La această vârstă copilul ar trebui să stăpânească pluralul, pronumele personal, verbe și adverbe. Copilul va sesiza rimele, va recunoaște sinonimele și antonimele.

În logopedie stimularea perceptivă (*vizuală*) ajută la dezvoltarea limbajului prin îmbunătățirea percepției vizuale și a coordonării vizual-motorii. Informația din realitate vine pe această cale vizuală.

**Importantă este consolidarea abilităților cognitive:** recunoașterea culorilor, formelor, înțelegerea mobilității, comparației, discriminarea figură-fond, coordonarea ochi-mână, dezvoltarea atenției și memoriei.



## Jocuri și exerciții care pot stimula percepția vizuală

1. JOCURI PUZZLE
2. POVEȘTI CU PUZZLE
3. SORTAREA IMAGINILOR CU MAGNET ÎN FUNCȚIE DE CULOARE
4. CONSTRUCȚII DIN BLOCURI DE O ANUMITĂ CULOARE

### Jocul „Găsește și lipește!”

Copiii vor primi fișe cu tulpini de flori și o petală de o anumită culoare. Pe masă vor fi 5 petale de mai multe culori. Copiii vor alege petalele care au aceeași culoare ca cea lipită de tulpină. Copilul va lipi petalele pe tulpină.

### Jocul „Alege și potriveste!”

Copiii vor primi fișe cu forme geometrice. Pe masă sunt forme geometrice mici și mari pe care copiii le vor suprapune peste cele desenate. Jocul se poate realiza ca și un pattern (ex.: cerc, triunghi, cerc triunghi... ce urmează? – copilul selectează din două imagini desenate pe aceea care urmează în șir).

### Jocul „Ce imagini vezi?”

Pe o foaie sunt desenate imagini-le a 4-5 imagini suprapuse (ex : bicicletă, scaun, lampă, floare, lună) Copilul colorează obiectele și le denumește)

### Stimularea auditivă în cadrul activității logopedice

Copilul preșcolar intră într-o lume complexă la care trebuie să se adapteze. Informațiile din mediu vin și pe calea undelor sonore. Pornind de la jocuri cu sunete/onomatopee copiii vor desluși lumea. (cum face vântul?, cum face trenul?, cum face clopotul? cum face oaia ?.....)

**La 4 ani copilul** trebuie să recunoască aceste sunete. Logopedul va dirija activitatea logopedică și cu ajutorul cărților cu sunete (*Editura Dorința sau Paco și Mozart*). Simțul auditiv, dar și creativitatea lingvistică pot fi dezvoltate și cu ajutorul rimelor.

Logopedul spune un cuvânt, iar copilul trebuie să găsească cuvântul care rimează (ex: pescar – felinar , creion – camion ....).

Jocurile cu paronime ajută copilul de a face distincția între sunetele surde și sonore (ex: *foi-voi, pară-bară, varsă – varză* ...). Poate fi folosită cu succes logoritmica, copilul învățând să parcurgă ritmuri diferite cu ajutorul gesturilor .

### **Stimularea tactilă în cadrul activității logopedice**

Lumea (*obiectele*) pot fi cunoscute/recunoscute și prin acest simț. Fiecare obiect are o formă. Obiectele se pot pune într-un săculeț. Copilul scoate un obiect, având ochii acoperiți. Îl pipăie și dă „verdictul”. (ex: *este o minge, este un pește, este o scară...*).

După ce scoate 5 obiecte din săculeț va repeta denumirea lor și va spune propoziții despre fiecare obiect.

### **Dezvoltarea capacității de vorbire (comunicare expresivă)**

Copilul de 4 ani ar trebui să vorbească destul de inteligibil, astfel încât să fie înțeles de interlocutori. La 5 ani copilul poate să exprime opinii, idei, nevoi, sentimente. poate trimite mesaje atât pentru congeneri, cât și pentru adulți.

Logopedul va stimula copilul să povestească experiențe trăite. Copilului i se va oferi șansa să exerseze vorbirea în public și i se vor oferi răspunsuri clare, argumentate la fiecare nedumerire a sa. Copilul mic va asculta povești și va răspunde la întrebări deschise.

Copilul la 5 ani ar trebui să stăpânească corect pluralul, pronumele personal, adverbele de timp. Poate să vorbească în propoziții dezvoltate. Pe terenul jocului se vor practica acele jocuri logopedice care îi vor demonstra abilitatea de a vorbi corect

din punct de vedere gramatical, apreciind efortul depus în cadrul activității.

**Preșcolarul învață antonimele.** El este profund implicat în activități de povestire și repovestire, reușind astfel să își dezvolte vocabularul. Împreună cu copilul, logopedul poate crea povești care să exprime ceea ce a gândit și experimentat copilul. În cadrul activității logopedice copilul va reuși să folosească asocierea literei cu sunetul. Vor fi practicate jocuri de identificare a literelor și de asociere a literei inițiale cu imaginile prezentate. Școlarul mic va fi ajutat să conștientizeze semnificația mesajelor citite sau scrise și să se autoevalueze în corectitudinea folosirii limbajului oral.

**Școlarul mic** va primi suportul necesar din partea logopedului pentru însușirea scrisului.



## Jocuri pentru dezvoltarea comunicării expresive

### 1. Ascultă povestea!

Copilul va asculta povestea spusă/citită, iar la final va reda povestirea cu ajutorul unor siluete decupate sau pe bază de întrebări. Se vor folosi gesturi, mimică expresivă, modulații ale vocii și va exista contact vizual pe parcursul ascultării poveștii. Poveștile trebuie să fie scurte și atractive (ex.: *Degețica*, *Ridichea uriașă*, *Cei trei purceluși...*).

### 2. Ce lipsește?

Copilul va orimi imagini din care lipsesc detalii (ex: *casă fără ușă*, *flori fără petale...*). Copilul recunoaște imaginea și denumește amănuntul care lipsește.

### 3. Spune toată propoziția!

I se spun copilului propoziții din care lipsesc verbele. Ex: Mama..... rufe.  
Băieții ..... cu mingea. Elevii ..... la școală.

### 4. Mai spune un cuvânt

Logopedul spune o propoziție. Copilul este rugat să repete o propoziție și să mai spună un cuvânt. Ex: *Fetița are o rochie.*  
Fetița are o rochie frumoasă.

### 5. Cutia cu surprize

Logopedul are o cutie în care se află mici jucării (*mașinuță*, *păpușă*, *minge..* ) copilul este rugat să ia o jucărie și să o pună într-un anumit loc.

#### Variantă

Pe rafturi se află jucărioare. Copilul le ia și le pune în cutie pronunțând propoziția.

Mingea este lângă creion.

Mașinuța este lângă cheie.

### 6. Reporterul

Copilul primește un microfon și o temă. Copilul care are microfonul întreabă colegul.

Ex: La piață

R – buna ziua ! Ce vrei să cumperi?

C2 – vreau să iau cartofi și roșii.

R - ce vrei să faci cu cartofii?

C2 = vreau să fac o tocăniță.

### 7. Jocul silabelor

Logopedul spune prima silabă și aruncă o minge copilului rugându-l să spună tot cuvântul. Ex : *mun .... (te)*, *car .... (tof)*

### 8. Jocul cu zaruri

Copilul rostogolește zarul cu imagini și formulează propoziții



### 9. Eu te întreb, tu răspunzi

Logopedul ia un cartonaș de pe masă. E o mașină. Pune întrebări.

Are roți și merge pe șosea.... ce e?

Cine o conduce?

Ce transportă?

E rândul copilului, ia un cartonaș în care este o floare.

**Întrebări:**

Crește pe câmp. Ce e?

Când e tăiată o pun în vază. Ce e?

### 10. Să facem o poveste!

Logopedul începe povestirea. „Era o dată o pădure cu copaci bătrâni. În mijlocul pădurii era..... (o poeniță. Razele soarelui pătrundeau cu greu. Era răcoare. Deodată se auzi un cântec frumos...).

### Examinarea completă a limbajului (receptiv și expresiv)

Copilul preșcolar poate prezenta diferite sunete deformate. Ceea ce trebuie să știe logopedul este că limbajul se sprijină pe genele ereditare, dar se modifică în funcție de influența mediului. Copilul preșcolar poate fi depistat pe teren (în grădinițe, școli normale, școli speciale) și se pune un prim diagnostic (prezumtiv).

Mediul în care se pune diagnosticul de certitudine trebuie să fie relaxant, iar terapeutul vorbirii să fie empatic.

Să nu existe presiune asupra copilului, iar aparținătorii să fie coechipieri pe parcursul terapiei logopedice, în cadrul examinării logopedice se vor folosi:

- » Fișa de examinare logopedică
- » Caietul de observații asupra logopedului
- » Caietul/fișele de intervenție logopedică.

Examinarea va începe cu consemnarea anamnezei (*sarcina, nașterea, etapa gângurului, lalația, primele cuvinte*). Urmează examinarea vorbirii. Vom folosi vorbirea independentă, dar și cea reflectată.

**Interesează și dezvoltarea motricității și lateralității.** În era digitalizării există și probe care pot fi folosite pe android pentru a sesiza sunetele la care copilul întâmpină dificultăți în emisie (PPLS, Evaluarea pronunției – Logorici, LOGO TALKIE, LOGOFAN). Aceste date coroborate cu alte date medicale, cu examinarea personalității copilului, cu alte probe psihologice (*când e nevoie*) dar și consemnarea datelor școlare pot conduce la crearea profilului copilului logopat, în funcție de toate acestea putând elabora un plan de intervenție personalizat.

Logopedul trebuie să evalueze integritatea aparatului fon-articulator.



**Cuvintele și imaginile** folosite încă din faza de evaluare trebuie adaptate profilului logopedic și vârstei cu care vom lucra. Sunetele pe care le vom emite trebuie să fie în poziție inițială, mediană și finală, în cuvinte monosilabice, bisilabice, plurisilabice. Proba pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului (*Alice Descoudres*) ne va arăta dacă există o întârziere în dezvoltarea limbajului față de vârsta reală a logopatului. Înainte de a inventaria limbajul ne interesează înțelegerea lui. Îi dăm copilului sarcini simple (*ex: Ia mingea, tușește, ia mașina...*).

În procesul de investigare a limbajului ne interesează și calitatea vocii (*sonoritatea, rezonanța, disfonia...*), cât și ritmul și fluența în vorbire.

Atunci când investigăm limbajul copilului **de 4 ani** vom folosi o multitudine de probe care ne vor oferi un tablou complet al profilului logopedic.

### **Educarea respirației în cadrul terapiei logopedice**

Copiii vor fi învățați să respire corect, executând inspir pe nas și expir pe gură. Vocea se aude în expir. Copilul va face exerciții de respirație prin joc (*face baloane de săpun, umflă baloane, ține un fulg*

*în aer...*). Logopedul va face cu logopatul exerciții de respirație neverbală și verbală, formând respirația corectă (*toraco-abdominală*). În cazul respirației verbale se vor folosi jocuri cu mișcare și cântec.

### **Educarea auzului fonematic în cadrul terapiei logopedice**

Auzul fonematic este acea calitate a auzului prin care sunetele sunt perceput ca foneme. Copilul va fi învățat să facă distincția între fonemele cu punct de articulare apropiat. Va fi educată și pronunția ritmică, de la învățarea fonemului și până la introducerea lui în cuvânt și propoziție este o cale lungă. Unele sunete pot fi derivate din onomatopee.

**Important** este parteneriatul cu aparținătorii, aceștia continuând activitatea terapeutică acasă. Vom face analiza fonetică a cuvântului (*primul sunet... ultimul sunet, al treilea sunet*).

Aceste exerciții vor ajuta copilul să emită corect sunetele și vor fi de ajutor și în tulburările de învățare. Vor fi folosite cuvintele paronime pentru a se face distincția între sunetele surde și sonore.

*(continuare în numărul următor al revistei Logos)*



## » LOGOPEDIE APLICATĂ



vol. I  
de Corina Oprea,  
Edit. Medicală,  
2025

» Cine e  
Corina  
Oprea?

Am căutat pe Google... „Corina Oprea este coordonator al Centrului de evaluare și recuperare psihologică și logopedică, psiholog clinician, supervisor psihologie clinică, logoped grad principal, formator, coordonator al mai multor programe de dezvoltare personală....”.

În această carte de logopedie aplicată, Corina Oprea începe discursul prin prezentarea necesității evaluării logopedice la copiii cu dificultăți ale limbajului expresiv, încercând și reușind să prezinte traiectoria intervenției logopedice de la gimnastica aparatului fono-articulator, la educarea respirației și dezvoltarea auzului fonematic, dar și exerciții pentru dezvoltarea atenției și memoriei, exerciții de înțelegere a textelor scurte. Poate ce m-a surprins a fost prezentarea sunetelor în ordinea alfabetului și nu pe grupe articulatorii.

Cred că această idee îi va ajuta mai mult pe părinți să găsească sunetul de emis mult mai ușor. Și, da, trebuie să recunosc că și textele din această carte surprind prin tematică (flori, peisaje, anotimpuri, state, sărbători religioase). Copiii mai măricei (de gimnaziu) își pot îmbogăți vocabularul și pot pătrunde în tainele lumii.

## » SĂ PRONUȚĂM CORECT! KIT DE LOGOPEDIE

de Maria Claudia Alexe,  
Editura Ars Libri, 2024

Există oameni îndrăgostiți de limba română, dar și de copilărie.

Maria Claudia Alexe a reușit să ofere părinților, dar și specialiștilor un suport vizual extraordinar în acest kit de logopedie. Imagini colorate, dar și exerciții pentru fiecare sunet (de la emisie la fixare și consolidare și până la automatizare).

La vârstele mici, copiii au nevoie de suport vizual sau concret și de mult joc.

„Fiecare copil merită acceptare și șansa de a beneficia de un ajutor potrivit, la timpul potrivit.” spune psihopedagogul Maria Claudia Alexe.





[www.logopezi.ro](http://www.logopezi.ro)