



# LOGOS

nr. 34 / octombrie 2026



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 binal  
(aprilie și octombrie).

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



## TĂCEREA CA SCUT:

diagnosticul diferențial între tulburarea de limbaj și mutismul selectiv pe fondul traumei de atașament

MONICA MEREUȚĂ, psiholog clinician

3

## EVALUAREA FUNCȚIONALĂ A LIMBII ÎN PRACTICA LOGOPEDICĂ:

de la mobilitate la funcțiile orofaciale

MAGDA RUSU, logoped

7

## FUNDAMENTUL INVIZIBIL AL ÎNVĂȚĂRII:

cum influențează integrarea senzorială dislexia, dispraxia și discalculia

BALABAN VALERIA, profesor logoped

11

## AFAZIA: poarta închisă spre lume

BETI ANA CIOACĂ, logoped formator

16

## CÂND JOCLUL NU VINE DE LA SINE...

despre JASPER, Connie Kasari și drumul copilului către plăcerea de a se juca

CĂTĂLINA CARMEN NICOLESCU, trainer JASPER, level 2

19

## COOPERAREA SE CONSTRUIEȘTE:

cum îl ajutăm pe copil să colaboreze

IULIA DOBRONOIU, analist comportamental (BCBA)

ALEXANDRU COMĂRNICEANU, analist comportamental (BCA)

24

## DESPRE INTEGRAREA SENZORIALĂ

RĂZVAN GABRIEL ÎLEA, terapeut ocupațional și senzorial

Asociația Psihosens București

28

## CÂINELE LOGOPED: un partener inovator în terapia limbajului

LAURA HĂRDĂLĂU, logoped și co-fondator al brandului

Jucării Vorbărețe

31

## NEVOIE VERSUS DORINȚĂ ÎN LOGOPEDIE: între indicația terapeutică, motivația copilului și responsabilitatea adultului

ELENA BÎRZAN MORODAN, logoped, psiholog clinician

Centrul Recuperarea Copilăriei

34

## RECENZII:

» GHID pentru corectarea sunetului R . . . . . 38

» FIȘE LOGOPEDICE:  
pentru consolidarea limbajului . . . . . 39

» Creierul în era digitală. . . . . 39

## Studiu de caz clinic

Prezentul articol explorează complexitatea diagnosticului diferențial în cabinetul de logopedie, analizând un caz clinic de mutism selectiv mascat sub suspiciunea unei întârzieri a limbajului expresiv. Lucrarea evidențiază impactul traumei de atașament (separarea timpurie de figura maternă) asupra comunicării verbale la vârsta preșcolară, limitele probelor logopedice standard în contextul anxietății severe și importanța intervenției bazate pe reconstruirea siguranței relaționale. De asemenea, subliniem obligativitatea abordării integrative și a colaborării multidisciplinare (logoped, psiholog clinician, psihoterapeut) în afecțiunile cu etiologie traumatică.

**Cuvinte cheie:** mutism selectiv, traumă de atașament, evaluare logopedică, diagnostic diferențial, intervenție multidisciplinară.

### Tăcerea ca scut

## Diagnosticul diferențial între tulburarea de limbaj și mutismul selectiv pe fondul traumei de atașament

MONICA MEREUȚĂ – psiholog clinician

Psiholog clinician, psihoterapeut integrativ autonom și logoped specialist, cu o experiență clinică de peste 10 ani. Datorită dublei specializări, practica sa se distinge printr-o abordare integrativă, îmbinând terapia limbajului cu procesarea traumei și reconstruirea atașamentului. Este autoarea îndrăgitelor cărți terapeutice pentru copii publicate la Editura DPH: „Milo și domnul Trebuie”, „Milo prin lumina Bucuriei și valea Tristeții” și „Crăciunul lui Milo”. De asemenea, a publicat lucrarea practică de specialitate „Fișe de logopedie. Pentru consolidarea limbajului” (Editura Sprint, 2026).



În practica logopedică, evaluarea preșcolarilor cu absența sau limitarea severă a limbajului în contexte specifice reprezintă o provocare majoră. Adesea, părinții sau cadrele didactice interpretează tăcerea drept o dislalie, o întârziere generală în dezvoltarea limbajului sau chiar un simptom al unei tulburări de spectru autist (TSA). O evaluare clinică aprofundată poate însă releva mutismul selectiv – incapacitatea constantă de a vorbi în situații sociale specifice, deși copilul posedă capacitatea de a o face în medii securizante. Când acest tablou se intersectează cu un istoric de traumă de atașament, tăcerea nu reprezintă un deficit articulator sau o opoziție intenționată, ci un mecanism de apărare neurobiologic de tip „îngheț” (*freeze*), generat de pierderea bazei de siguranță emoțională.

### **Prezentarea cazului clinic: Anamneza și istoricul traumei**

Pentru a ilustra mecanismul mutismului selectiv post-traumatic, propunem cazul pacientei M., în vârstă de 4 ani, adusă la evaluare logopedică la recomandarea educatorilor. Motivul: „nu vorbește deloc la grădiniță și pare că nu știe să pronunțe corect cuvintele în prezența adulților străini”.

Anamneza a revelat un istoric emoțional marcat de o ruptură profundă. La 2 ani și 8 luni – o fereastră critică pentru achizițiile lingvistice și atașament – M. a fost separată brusc de mama sa (diagnosticată cu o formă agresivă de cancer mamar, care a impus spitalizări prelungite). Pe parcursul mai multor luni, fetița a rămas în grija bunicilor materni.

Deși nevoile sale fizice au fost asigurate, impactul absenței mamei asupra unui sistem nervos în plină dezvoltare a fost

devastator. Fetița a devenit tot mai retrasă, apatică și hiporeactivă. Un indicator clinic major al traumei a fost comportamentul la revederile cu mama: în loc să manifeste bucurie, M. părea tristă, supărată și distantă. Această reacție ilustra o dezorganizare a atașamentului, funcționând ca mecanism de protecție împotriva durerii unei noi despărțiri.

### **Dinamica traumei de atașament și mutismul ca simptom**

La 4 ani, copilul traversează o etapă de expansiune socială. Pentru a explora mediul și a interacționa verbal cu nefamiliarii, el are nevoie de o ancoră internă, o „bază de siguranță” formată prin relația primară. Când această bază este fracturată timpuriu, mediul exterior este resimțit ca amenințător.

Neurobiologic, un copil cu rană de atașament trăiește o hipervigilență cronică: amigdala (centrul fricii) este suprastimulată, în timp ce funcțiile cortexului prefrontal (comunicarea socială) sunt inhibate. Prin urmare, la M., mutismul selectiv nu a fost o tulburare de vorbire, ci un simptom clinic al traumei. Refuzul de a vorbi a fost o adaptare extremă a unui sistem nervos blocat în supraviețuire, fiind singurul mod prin care fetița deținea controlul într-un mediu impredictibil.

### **Evaluarea logopedică și limitele testării standard**

Protocolul logopedic standard alovit de refuzul total de colaborare verbală, dictând necesitatea flexibilității clinice. Încercarea de a evalua aparatul fono-articulator a evidențiat rigiditate corporală și facială severă. Proba de evaluare a limbajului receptiv

(indicarea imaginilor) a confirmat parțial o înțelegere intactă a vocabularului. În schimb, probele de limbaj expresiv au eșuat complet, generând creșterea anxietății, evitare vizuală și respirație superficială. Clarificarea diagnosticului a survenit în urma analizei înregistrărilor video aduse de acasă, unde M. demonstra un vocabular activ bogat, fraze complexe, intonație adecvată și absența oricărei dislalii.



### Diagnosticul diferențial

Coroborând datele anamnestice, observația din cabinet și materialele video, diagnosticul de tulburare de limbaj expresiv a fost exclus. Diferența clinică esențială este că dificultățile articulatorii veritabile sunt prezente constant, în toate contextele. Contrastul izbitor între abilitățile perfect funcționale acasă și paralizia vocală din medii non-familiale a impus diagnosticul de *mutism selectiv cu substrat post-traumatic*.



### Intervenția terapeutică

Etiologia traumatică a cerut o schimbare radicală a abordării. Intervenția clasică, bazată pe solicitarea răspunsului verbal („Spune după mine”), ar fi fost iatrogenă, re-traumatizând copilul. Obiectivul primar a devenit coreglarea emoțională și construirea siguranței.

Programul a fost deliberat lent (durând un an până la generalizarea vorbirii în toate mediile). Intervenția a debutat prin eliminarea presiunii verbale („ai voie să taci”). S-au utilizat tehnici de joc senzorial (nisip kinetic, plastilină, apă) pentru reglarea sistemului nervos și scăderea nivelului de cortizol. Logopedul/psihoterapeutul a folosit jocul paralel, povestind acțiunile din cabinet fără a cere validare, oferind un model relaxat de comunicare. Ulterior, externalizarea comunicării prin marionete a permis fetei să interacționeze mediat, trecând după câteva luni la primele șoapte prin personajul de pluș. Trecerea la vorbirea normală s-a produs natural doar când M. s-a simțit intern în siguranță.

## Recomandări clinice

Cazul pacientei M. atrage atenția asupra necesității unei viziuni ample în logopedie. Este fundamental ca specialistul să privească imaginea de ansamblu a copilului, pentru a nu aplica tratamente articulatorii mecanice unor simptome cauzate de suferințe psiho-emoționale.

În gestionarea acestui caz, abordarea a fost facilitată de dubla mea specializare, având formare ca psiholog clinician și psihoterapeut cu practică în lucrul cu copiii. Acest parcurs mi-a permis să transform cabinetul într-un spațiu terapeutic integrat, conducând direct procesul de vindecare (abordarea fricii de abandon, consilierea parentală), logopedia rămânând un instrument de tranziție.

Totuși, este vital de subliniat principiul etic: întrucât formarea de bază în logopedie nu integrează procesarea traumei, specialiștii cu formare exclusiv logopedică sunt obligați să lucreze în echipă multidisciplinară. În momentul unui astfel de diagnostic diferențial, logopedul trebuie să redirecționeze familia către un psiholog clinician/psihoterapeut, rămânând un partener activ în vindecarea copilului. Vindecarea reală se produce doar când copilul este tratat ca un întreg; doar eliberându-l de trauma nevăzută îi putem oferi siguranța de a-și recăpăta vocea.



## Bibliografie

- » American Psychiatric Association. (2013). *Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mintale (DSM-5)*.
- » Bowlby, J. (2011). *O bază sigură: Aplicații clinice ale teoriei atașamentului*. București: Editura Trei.
- » Levine, P. A., & Kline, M. (2007). *Trauma Through a Child's Eyes: Awakening the Ordinary Miracle of Healing*. North Atlantic Books.
- » Shipon-Blum, E. (2001). *Understanding Selective Mutism*. Smart Center.
- » Verza, E. (2003). *Tratat de logopedie*. București: Editura Fundației Humanitas.
- » Vrăsmaș, E., Stănică, I. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*. București: Editura Didactică și Pedagogică.



Limba ocupă un loc important în evaluarea logopedică, fiind implicată în articularea sunetelor, masticăție, deglutiție și organizarea funcțiilor orofaciale. Din acest motiv, examinarea sa nu ar trebui să se limiteze la aspectul anatomic sau la executarea unor mișcări izolate.

În practica logopedică este utilă diferențierea dintre capacitatea de a realiza o anumită mișcare și capacitatea de a utiliza acea mișcare eficient într-o funcție.

Un copil poate, de exemplu, să ridice vârful limbii la solicitare, dar să prezinte dificultăți în menținerea unei posturi linguale funcționale sau în coordonarea limbii în timpul vorbirii ori deglutiției.

MAGDA RUSU – logoped



## Evaluarea funcțională a limbii în practica logopedică: de la mobilitate la funcțiile orofaciale

Tulburările miofuncționale orofaciale pot implica modificări ale posturii de repaus și ale tiparelor de mișcare ale structurilor orofaciale, cu posibile implicații asupra respirației, deglutiției și producerii vorbirii (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], n.d.). Din această perspectivă, evaluarea logopedică a limbii poate fi structurată în jurul a trei componente complementare: postura în repaus, mobilitatea și utilizarea funcțională.

### Evaluarea posturii de repaus

Evaluarea începe încă din momentul observării spontane a persoanei evaluate. Poziția buzelor și a mandibulei, postura limbii, controlul salivei și modalitatea predominantă de respirație pot oferi informații relevante pentru tabloul funcțional.

Poziția de repaus a limbii trebuie analizată și în relație cu respirația. Respirația orală poate fi asociată cu menținerea buzelor deschise și cu o postură joasă a limbii. Atunci când există suspiciunea unei obstrucții a căilor respiratorii nazale, logopedul poate identifica semnele care justifică îndrumarea către medicul specialist. ASHA subliniază caracterul interdisciplinar al evaluării și managementului tulburărilor miofuncționale orofaciale (ASHA, n.d.).

### Mobilitatea linguală – ce evaluăm?

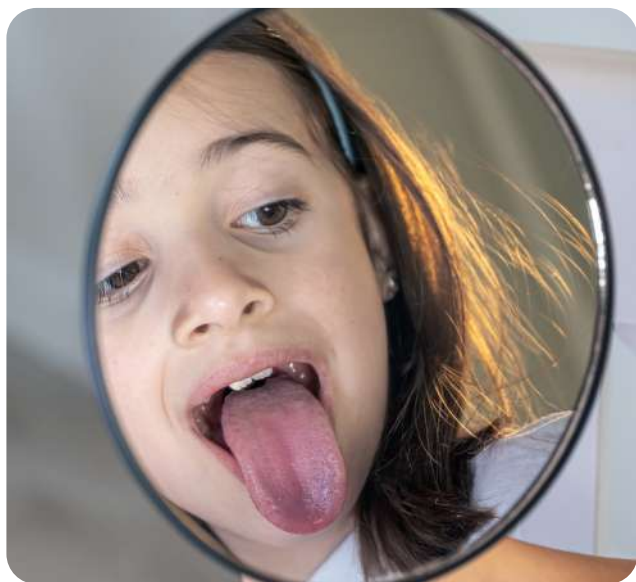
Evaluarea mobilității poate include protruzia și retragerea limbii, elevația vârfului și a corpului lingual, lateralizarea spre dreapta și spre stânga, precum și capacitatea de modificare și control al formei limbii.

Observația clinică nu se rezumă la răspunsul „poate” sau „nu poate”. Logopedul urmărește amplitudinea, precizia, simetria și stabilitatea mișcării, precum și apariția eventualelor compensări. De exemplu, persoana evaluată poate realiza lateralizarea limbii prin deplasarea simultană a mandibulei. În această situație, rezultatul aparent corect poate ascunde dificultatea controlului lingual independent.

### De la mobilitatea limbii la vorbire

În logopedie, evaluarea mobilității linguale capătă semnificație atunci când este corelată cu performanța articulatorie. O particularitate anatomică sau o limitare observată în timpul unei probe motorii nu presupune automat existența unei tulburări de pronunție.

În cazul dificultăților articulatorii este necesară analiza modului în care copilul sau adultul evaluat realizează și menține configurațiile articulatorii necesare sunetelor afectate. Logopedul poate urmări dacă dificultatea apare la inițierea mișcării, la precizia sau coordonarea acesteia ori la automatizarea ei în silabe, cuvinte și vorbirea spontană.



## Limba și deglutiția

Deglutiția reprezintă o funcție în care comportamentul lingual poate fi observat în condiții dinamice. Evaluarea poate urmări poziționarea limbii, stabilitatea mandibulară și eventuala participare excesivă a musculaturii periorale. În cazul unui tipar de deglutiție atipică, simpla observare a interpunerii linguale nu descrie întreaga funcție.

Literatura privind terapia miofuncțională orofacială raportează rezultate favorabile pentru unele dintre funcțiile evaluate, însă protocoalele și metodele de evaluare diferă considerabil între studii. Shortland și colaboratorii (2021) au arătat că majoritatea studiilor incluse în revizuirea lor prezentau un nivel redus al dovezilor. O analiză mai recentă ajunge la o concluzie asemănătoare: există rezultate clinice promițătoare pentru anumite tulburări miofuncționale orofaciale, dar dovezile disponibile nu permit generalizarea eficacității terapiei miofuncționale pentru toate indicațiile (Stefani et al., 2025).

### Masticația și controlul lingual

Limba participă activ la manipularea și re poziționarea bolului alimentar în cavitatea orală. Din acest motiv, lateralizarea poate fi analizată nu numai la comandă, ci, atunci când este relevant clinic și în cadrul activității profesionale, și în timpul activităților funcționale.

O abilitate demonstrată într-o probă voluntară nu este în mod necesar utilizată spontan în activitatea cotidiană. Observarea acestei diferențe poate oferi informații utile pentru planificarea terapiei și pentru transferul achizițiilor din exercițiul structurat către funcție.



## **Frenul lingual – de la aspectul anatomic la impactul funcțional**

Frenul lingual constituie un subiect de interes frecvent în practica logopedică, dar și un domeniu în care este necesară prudență. Prezența anchiloglosiei nu presupune automat existența unei tulburări de articulare.

Revizuirea sistematică realizată de Wang et al. (2022) arată că relația dintre anchiloglosie și tulburările de articulare rămâne neclară, literatura disponibilă prezentând rezultate contradictorii și o calitate variabilă a dovezilor.

În consecință, pentru logoped este importantă evaluarea impactului funcțional, nu formularea concluziilor exclusiv pe baza aspectului frenului. Mobilitatea limbii trebuie corelată cu performanța efectivă în vorbire și în celelalte funcții evaluate.

În mod similar, intervenția chirurgicală asupra frenului nu trebuie echivalată automat cu rezolvarea unei dificultăți de vorbire. Visconti et al. (2021) au evidențiat insuficiența dovezilor pentru concluzii ferme privind ameliorarea vorbirii după frenotomie. Aceste date susțin importanța evaluării individualizate și a colaborării interdisciplinare atunci când cazul o impune.

## **Exercițiul izolat și transferul funcțional**

Obținerea unei mișcări reprezintă doar o etapă a procesului terapeutic. Un copil sau un adult poate învăța să ridice ori să lateralizeze limba într-o situație structurată, însă obiectivul logopedic trebuie stabilit în raport cu dificultatea funcțională identificată.

Atunci când exercițiul este indicat, achiziția motorie trebuie transferată progresiv către activitatea pentru care a fost urmărită – de exemplu, producerea sunetului vizat sau un anumit tipar funcțional. Heterogenitatea protocoalelor și numărul redus al studiilor de înaltă calitate recomandă însă interpretarea prudentă a rezultatelor terapiei miofuncționale (Shortland et al., 2021; Stefani et al., 2025).



## Concluzii

Evaluarea limbii în practica logopedică nu înseamnă doar examinarea aspectului său sau verificarea unei serii de mișcări. Ea presupune corelarea dintre structură, mobilitate și performanța funcțională.

Logopedul urmărește postura în repaus, precizia și coordonarea mișcărilor, eventualele compensări și, mai ales, modul în care aceste caracteristici se reflectă asupra funcțiilor aflate în aria evaluării și intervenției logopedice.

Literatura actuală îndeamnă la prudență: nu orice particularitate a frenului produce o tulburare de articulare, după cum nici executarea unor exerciții linguale izolate nu garantează automat modificarea unei funcții. Evaluarea individualizată, stabilirea unor obiective funcționale și colaborarea interdisciplinară, atunci când este necesară, rămân elemente importante ale practicii bazate pe dovezi.

Întrebarea clinică relevantă nu este numai „Poate limba să execute această mișcare?”, ci mai ales: „Există o dificultate funcțională relevantă logopedic și în ce măsură controlul lingual contribuie la aceasta?”.

## Bibliografie

- » American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Orofacial myofunctional disorders. ASHA Practice Portal.
- » American Academy of Pediatric Dentistry. (2022). Policy on management of the frenulum in pediatric patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry.
- » Inchingolo, A. D., Inchingolo, A. M., Campanelli, M., Carpentiere, V., de Ruvo, E., Ferrante, L., Palermo, A., Inchingolo, F., & Dipalma, G. (2024). Orthodontic treatment in patients with atypical swallowing and malocclusion: A systematic review. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 48(5), 14–26. <https://doi.org/10.22514/jocpd.2024.100>
- » Koletsi, D., Makou, M., & Pandis, N. (2018). Effect of orthodontic management and orofacial muscle training protocols on the correction of myofunctional and myoskeletal problems in developing dentition: A systematic review and meta-analysis. *Orthodontics & Craniofacial Research*, 21(4), 202–215. <https://doi.org/10.1111/ocr.12240>
- » Shortland, H. A. L., Hewat, S., Vertigan, A., & Webb, G. (2021). Orofacial myofunctional therapy and myofunctional devices used in speech pathology treatment: A systematic quantitative review of the literature. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 301–317. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-20-00245](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00245)
- » Stefani, C. M., de Almeida de Lima, A., Stefani, F. M., Kung, J. Y., Flores-Mir, C., & Compton, S. M. (2025). Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving orofacial function and oral habits: A scoping review. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 59(1), 59–72.
- » Visconti, A., Hayes, E., Ealy, K., & Scarborough, D. R. (2021). A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(4), 349–358. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1849399>
- » Wang, J., Yang, X., Hao, S., & Wang, Y. (2022). The effect of ankyloglossia and tongue-tie division on speech articulation: A systematic review. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 32(2), 144–156. <https://doi.org/10.1111/ipd.12802>

# Fundamentul invizibil al învățării: cum influențează integrarea senzorială dislexia, dispraxia și discalculia



Înțelegerea profundă a mecanismelor de învățare ale copilului necesită depășirea barierelor pur cognitive și plonjarea în substratul biologic al existenței noastre: sistemul senzorial.

Percepția și integrarea senzorială nu reprezintă doar ferestre către lumea exterioară, ci pilonii pe care se construiesc abilitățile academice complexe. Când aceste procese suferă distorsiuni, apar dificultăți specifice de învățare precum dislexia, dispraxia și discalculia.

Aceste manifestări se profilează în grade diferite și afectează individualitatea fiecărui copil în moduri profund nuanțate, demonstrând că parcursul educațional este direct dependent de armonia senzorială.

VALERIA BALABAN – logoped

O eroare fundamentală în abordările pedagogice tradiționale este conceptualizarea simțurilor ca entități izolate. În realitate, sistemul nervos central funcționează ca un ecosistem integrat în care simțurile nu lucrează separat, ci colaborează permanent pentru a genera o imagine coerentă asupra realității. Din acest motiv, o disfuncție sau o dificultate apărută la nivelul unui singur sistem senzorial declanșează un efect de domino, influențând negativ

alte arii majore ale dezvoltării cognitive, emoționale și motorii. Pentru a înțelege de ce un copil întâmpină obstacole în procesul de alfabetizare sau în calculul matematic, specialiștii trebuie să analizeze o matrice complexă de sisteme senzoriale. Principalele verigi implicate în acest mecanism sunt: sistemul vestibular, discriminarea și distractibilitatea auditivă, discriminarea și urmărirea vizuală, simțul tactil, precum și sistemele proprioceptiv și kinestezic.

| Afecțiune/Dificultate | Mecanisme Senzoriale Subiacente/Afectate Direct                                                   |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dislexia</b>       | Afectată direct de disfuncțiile de urmărire vizuală, discriminare auditivă și orientare spațială. |
| <b>Dispraxia</b>      | Strâns legată de procesarea slabă a stimulilor vestibulari, proprioceptivi și tactili.            |
| <b>Discalculia</b>    | Influențată de deficitele de organizare vizuo-spațială și de conștientizarea schemei corporale.   |

## 1 SISTEMUL VESTIBULAR:

### ancora stabilității și a orientării spațiale

Localizat în urechea internă, sistemul vestibular reprezintă busola internă a organismului. El are rolul crucial de a ajuta copilul să își mențină echilibrul atât în dinamică (în mișcare), cât și în statică (în repaus). Acest sistem oferă suportul neurofiziologic pentru stabilitatea corpului și orientarea tridimensională în spațiu. Atunci când sistemul vestibular nu funcționează eficient, apar breșe majore în comportamentul motor și cognitiv al copilului. Manifestările clinice includ un echilibru precar, mișcări stângace, predispoziție la rău de mișcare și acute dificultăți de orientare. Mai mult, copilul întâmpină probleme severe în înțelegerea direcțiilor stânga-dreapta, sus-jos (esențiale în orientarea pe pagină) și prezintă o organizare motrică generală slabă. Echilibrul nu este doar o funcție fizică;

el are un rol determinant în coordonarea mișcărilor, în fluidizarea procesului de învățare și în succesul activităților zilnice.

## 2 PROCESAREA AUDITIVĂ:

### între filtrare și diferențiere.

Auzul academic depășește simpla acuitate auditivă (capacitatea de a auzi sunete). El implică mecanisme complexe de discriminare și atenție selectivă.

**Discriminarea Auditivă.** Această abilitate îi permite copilului să diferențieze fin fonemele și sunetele limbii vorbite. Când această capacitate este alterată, copilul tinde să confunde sunete cu puncte de articulare apropiate sau caracteristici acustice similare. În limba română, exemplele clasice includ confuziile între consoanele fricative (cum ar fi „ș” și „s”) sau dificultățile majore în diferențierea silabelor de tipul „ce” și „ci”. Aceste lacune perceptive se transpun



### Notă pentru cadrele didactice

*Un copil care pare neatent sau refuză să mențină contactul vizual nu dorește neapărat să sfideze autoritatea.*

*Adesea, el trece printr-un proces de suprasolicitare auditivă, încercând să supraviețuiască unui flux de stimuli pe care creierul său nu îi poate ierarhiza.*

direct în mediul academic, alterând calitatea cititului, corectitudinea scrierii și respectarea normelor ortografice.

### **Distractibilitatea Auditivă**

Această tulburare apare atunci când filtrul senzorial al creierului eșuează, iar copilul asimilează nediferențiat multitudinea de sunete din mediul înconjurător (zgomotul străzii, bâzâitul unui bec, foșnetul foilor), fiind incapabil să selecteze stimulul prioritar, vocea învățătorului de exemplu. În contextul școlar, un astfel de copil se va confrunta cu severe dificultăți de atenție, probleme de concentrare și o incapacitate cronică de a menține contactul vizual, fiind permanent copleșit de un mediu auditiv poluant.

### **3 SISTEMUL VIZUAL-FUNCȚIONAL: discriminarea și urmărirea**

Vederea funcțională nu se reduce la un scor de 10/10 pe optotipul oftalmologic, ci reprezintă modul în care ochii conlucrează cu creierul pentru a extrage sens din mediul înconjurător. Vederea joacă un rol vital în menținerea echilibrului, în orientarea spațială și în managementul sarcinilor de învățare. Copilul are absolută nevoie de o vedere funcțională optimă pentru a urmări fluent rândurile unei cărți, pentru a copia eficient informații de pe tablă și pentru a diferenția fin formele geometrice ale literelor și cifrelor. Disfuncțiile din sfera discriminării vizuale se traduc prin inversarea literelor (b/d, p/q), confuzii persistente între forme grafice asemănătoare (m/n, t/f), un ritm de citire extrem de lent, o scriere nesigură, tremurată sau dezorganizată și rateuri frecvente la copierea textelor.



În paralel, urmărirea vizuală este motorușul din spatele fluidității: ea ghidează ochii de-a lungul unui obiect în mișcare, de-a lungul unui rând de text sau în momentul saltului de la un paragraf la altul. Un deficit pe această linie determină pierderea frecventă a rândului la citit, apariția unei oboseli oculare premature și extreme, precum și sincope majore în corelarea privirii între planul vertical (tabla) și cel orizontal (caietul).

### **4 SIMȚUL TACTIL: arhitectul schemei corporale**

Sistemul somatosenzorial sau tactil oferă creierului un flux constant de date referitoare la formă, mărime, textură, greutate, temperatură și duritatea obiectelor manipulate. Zone strategice precum palmele, degetele și cavitatea bucală posedă o densitate neuronală excepțională și o sensibilitate tactilă maximă. Prin intermediul atingerii și al explorării tactile active, copilul își clădește treptat schema corporală (harta mentală a propriului corp), își dezvoltă orientarea spațială și își consolidează lateralitatea (conștientizarea și dominanța emisferei corporale stângi

sau drepte). Toate aceste achiziții grosiere și fine sunt precondiții absolute pentru actul scrierii, pentru precizia mișcărilor și pentru organizarea armonioasă a corpului în spațiul fizic.

În practica terapeutică, întâlnim două extreme de procesare:

- ▶ **Hipersensibilitatea tactilă (defensivitatea tactilă):** Copiii percep atingerea ușoare sau anumite texturi ca pe niște agresii. Ei vor evita activ contactul fizic, jocurile murdare (lut, nisip, pictură cu degetele) sau hăinuțele cu etichete și cusături rigide.
- ▶ **Căutarea de stimulare tactilă (hiposensibilitatea):** Acești copii simt nevoia constantă de a atinge tot ce îi înconjoară, manipulează compulsiv obiectele și caută texturi pronunțate pentru a-și alimenta un sistem senzorial sub-reactiv.

## 5 SISTEMUL PROPRIOCEPTIV ȘI KINESTEZIC: conștientizarea corpului

Propriocepția este al șaselea simț, cel care informează în permanență sistemul nervos central cu privire la poziția corpului și a membrilor în spațiu, fără a fi necesară deschiderea ochilor. Receptorii din mușchi, tendoane și articulații monitorizează tensiunea musculară, gradul de flexie și dinamica mișcărilor (kinestezia). O integrare proprioceptivă deficitară generează un tablou clinic marcat de mișcări profund necoordonate, estimări eronate ale distanțelor și o tendință cronică de a se lovi de mobilier sau de alte persoane. În plan școlar, acești copii întâmpină obstacole la utilizarea corectă a foarfecii și au un control deficitar al

instrumentului de scris (apasă fie atât de tare încât rup foaia, fie atât de slab încât scrisul devine ilizibil). Mai mult, apare o formă specifică de agitație motorie: un copil cu o propriocepție redusă se va mișca permanent pe scaun, se va legăna sau va căuta impactul fizic nu din indisciplină, ci dintr-o nevoie fiziologică disperată de a trimite semnale intense către creier pentru a-și „simți” corpul. În mod eronat, acești copii sunt etichetați ca fiind neliniștiți, neatenți sau impulsivi, deși cauza reală a comportamentului lor este pur senzorială.





### **Implicații pentru învățare și direcții de intervenție**

Analiza detaliată a acestor sisteme demonstrează incontestabil că dificultățile senzoriale sabotează direct pilonii învățării academice: citirea, scrierea, atenția focalizată, coordonarea motorie, orientarea spațială și, în final, stima de sine a elevului. Un copil epuizat de efortul de a-și menține echilibrul pe scaun sau de a descifra literele care îi dansează din cauza deficitului de urmărire vizuală nu mai deține resurse cognitive disponibile pentru înțelegerea textului sau rezolvarea problemelor. Prin urmare, orice evaluare comprehensivă a unui copil aflat în dificultate trebuie să includă în mod obligatoriu realizarea unui profil senzorial detaliat. Intervenția terapeutică și educațională trebuie să fie strict adaptată cauzei primare, nu doar simptomului extern. Doi copii pot prezenta exact aceeași manifestare comportamentală, dar sursa declanșatoare să fie radical diferită. De pildă, dificultățile majore de comunicare socială și izolate pot fi generate de etiologii distincte la un copil cu dispraxie, la unul cu ADHD sau la un copil cu o tulburare din spectrul autist (TSA).

O intervenție cu adevărat eficientă și etică refuză rețetele universale. Ea își extrage valoarea din observarea clinică minuțioasă a copilului, din identificarea cu precizie a hărții sale senzoriale și din adaptarea empatică și științifică a activităților la nevoile sale reale, organice. Doar deșelenele rădăcinile senzoriale putem oferi fiecărui copil șansa unui parcurs academic împlinit.



**AFAZIA**  
poarta închisă  
spre lume

După un accident vascular cerebral, afazicul simte rușine. Nu poate să comunice sau nu înțelege ce i se spune. Se gândește cum este perceput de cei aropiați, de lume. Rușinea, ca și frica se învață. Afazicului îi este frică să nu facă vreo greșală când rostește ceva. Așa că preferă să se izoleze. Chiar în sânul familiei.

BETI ANA CIOACĂ – logoped, formator

Toți știm ce este afazia.

**A**

= fără

**phasia**

= vorbire

Cauzele sunt diverse. Fie o tumoră. Fie un anevrism. Fie un traumatism cranian. Sau o circulație sangvină deficitară. Uneori alte boli pot conduce la ischemia cerebrală sau accidentul vascular cerebral.

Porțiuni din creier sunt inundate. Celule mor. Nu mai revin la viață. Dar azi se vorbește despre neuroplasticitate... creierul încearcă să se restructureze, creînd noi conexiuni în emisfera cerebrală neafectată.

Limbajul expresiv se recompune treptat. De la sunet la silabă. De la silabă la cuvânt. De la cuvânt la propoziție . și mai apoi la dialog și narare. Numai că acest parcurs necesită efort în timp. Foarte mult timp și exercițiu intensiv. Pentru că nu numai limbajul expresiv este afectat, ci și atenția – concentrată sau distributivă – și memoria – de scurtă și lungă durată.

În fiecare zi pacientul afazic trebuie să facă cel puțin 15 minute exerciții. Durata va crește treptat la o oră dimineața și o oră după amiază.

Recuperarea trebuie să urmărească mai multe axe:

- ▶ Scris/copiere
- ▶ Citit
- ▶ Înțelegere
- ▶ Dezvoltarea perceptivă
- ▶ Terapie ocupațională.

Odată externat, pacientul (dacă are mobilitate) nu trebuie exclus din viața familială. El poate ajuta în bucătărie la pregătirea mâncării, la așezarea farfuriilor pe masă, la ștergerea prafului, udarea plantelor.

Membri familiei vor încerca să-l ajute să-și readucă aminte despre momentele plăcute petrecute în familie.

Răsfoind albume cu fotografii de la nunți, botezuri sau din vacanțe, amintirile vor ieși la suprafață. Anomia (uitarea cuvintelor) se diminuează.

Pentru afazicii care au și probleme de mobilitate se începe kinetoterapia.

Primele etape ale recuperării sunt kinetoterapia și logopedia. Apoi terapia ocupațională (decupat, puzzle-uri, plantat flori, pictură). Afazicul mobil va participa la evenimente alături de familie. Chiar dacă la început nu va putea susține un dialog, treptat va reuși. Importantă este dezvoltarea atitudinii pozitive. Dacă reușește să se privească nu ca pe un handicapat, ci ca un om integrat în social.

Sigur că un pacient tânăr se va reface complet. Vârsta ajută la formarea de noi sinapse. Dar și la vârste înaintate (peste 60, 70 de ani) limbajul expresiv se poate recupera în jur de 80-90 %.

Exerciții pentru dezvoltarea atenției vizuale și a memoriei de scurtă durată:

**1** Pe masă i se așează 3 obiecte/3 imagini

- » Pacientul le denumeste.
- » Logopedul ia un obiect/o imagine de pe masă.
- » Pacientul trebuie să spună ce lipsește.

**2** I se pun pe masă 3 litere

- » pacientul spune literele și un cuvânt care începe cu fiecare literă.

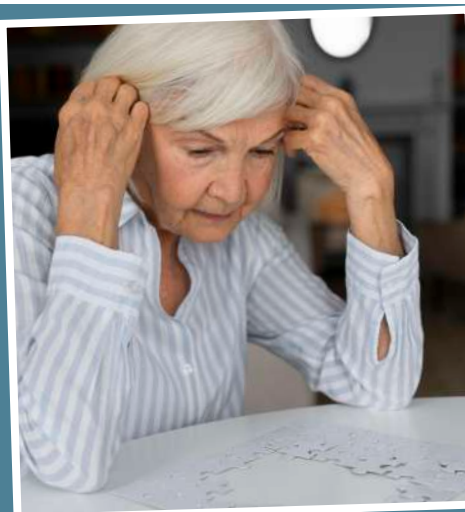
La final este rugat să își amintească ce cuvânt a spus pentru o anumită literă

(ex: literele sunt **A** de la ... apă;

**L** de la.... lămâie; **S** de la..... spumă)

Este întrebat: vă aduceți aminte ce cuvânt ați spus pentru litera **L**?

Doza de litere va crește treptat (4, 5, 6 litere).



## Exerciții pentru registrul cognitiv:

- 1 Logopedul spune mai multe cuvinte. Unul nu face parte din aceeași categorie. Pacientul trebuie să denumească cuvântul intrus:  
(ex: *barcă, tren, căciulă, bicicletă*).
- 2 Afazicul trebuie să reconstruiască o propoziție din care lipsește un cuvânt. I se dau 3 cuvinte, iar el va alege cuvântul potrivit:  
(ex: ***Eu scriu cu .... nasul, creionul, norul***)
- 3 Reașezarea cuvintelor în cadrul propoziției în ordinea lor firească:  
(ex: *cursa, sportivul, câștigat, sportivul a câștigat cursa*).
- 4 Jocul cu zaruri – rostogolește două zaruri, denumește imaginile de pe fața superioară și le introduce pe amândouă în aceeași propoziție:  
(ex: *Elefant, avion. Elefantul este în cala avionului*).
- 5 Găsește subiectul sau predicatul potrivit din cele 3 cuvinte date:  
(ex: ... ***merge pe șine***: cerul, melcul, trenul. ***Avionul***: ... *scrie, latră, zboară*).
- 6 Caută rima:  
(ex: ***În poiana dintre brazi/am făcut un picnic***: noaptea, azi, mâine.  
***Un fluture gălbior/s-a ascuns într-un***: penar, bujor, sertar).



- ▶ Sigur că mai sunt multe de spus.
- ▶ Multe de făcut.
- ▶ Răbdarea este cheia reușitei.
- ▶ Uneori terapia durează ani lungi.
- ▶ Logopedul trebuie să ajute familia și pe afazic, demonstrând empatie.



## Când jocul nu vine de la sine...



### Despre JASPER, Connie Kasari și drumul copilului către plăcerea de a se juca

Există lucruri pe care copiii par să le învețe fără ca cineva să se așeze în fața lor și să le predea. Nimeni nu îi explică unui copil mic, pas cu pas, că o cutie poate deveni într-o zi mașină, pat pentru ursuleț sau casă. Nu îi spune nimeni că păpușa poate fi obosită, că ursul poate avea febră sau că două animale de plastic se pot certa și apoi împăca. Și totuși, treptat, toate acestea apar.

Jocul crește odată cu copilul. La început sunt corpul, obiectele și acțiunile simple: copilul scutură, împinge, scoate, pune, combină. Apoi descoperă ce pot face lucrurile: mașina merge, lingurița intră în cană, păpușa poate fi așezată pe scaun. Mai târziu, copilul începe să se desprindă de ceea ce obiectele sunt în realitate și să intre în lumea a ceea ce ele ar putea fi.

O piesă poate deveni telefon, o cutie poate deveni cuptor, iar un personaj poate avea intenții, emoții și o poveste.

CĂTĂLINA CARMEN NICOLESCU – trainer JASPER, level 2 - ALL 4 Autism



Într-un interviu acordat *Middletown Centre for Autism*, **Connie Kasari** vorbește despre această evoluție a jocului. Copiii învață despre lume prin joc, trec de la folosirea funcțională a obiectelor către forme creative și imaginare și, foarte important, jocul devine social. Copilul nu descoperă doar ce poate face cu obiectele, ci și ce poate face împreună cu altcineva. Pentru copiii cu autism, acest drum poate arăta diferit. Tocmai de aceea este important să înțelegem și cum a fost abordat jocul în intervențiile de-a lungul timpului.

## De la a preda acțiuni de joc la a construi jocul

Jocul nu a lipsit din intervențiile comportamentale mai vechi. Abilitățile de joc au fost predate și urmărite ca obiective, însă adesea într-o manieră mai structurată. Adultul stabilea acțiunea, o modela, oferea prompturi și întărire, iar copilul exersa până când o putea realiza independent. Au fost utilizate și strategii precum video modeling, prin care copilul observa și reproducea anumite acțiuni sau secvențe de joc. Aceste metode pot produce achiziții reale. Copilul își poate lărgi repertoriul de acțiuni funcționale și simbolice. Limitele devin însă mai vizibile atunci când dispare modelul adultului și copilul trebuie să modifice singur secvența, să transfere ideea către alte materiale, să accepte contribuția unui partener sau să continue jocul dincolo de ceea ce a fost predat.

Kasari și colaboratorii săi au discutat tocmai diferența dintre comportamentele care arată ca jocul și calitățile jocului spontan. În literatura dedicată **jocului simbolic în autism** apar constant motivația intrinsecă, afectul pozitiv și flexibilitatea. Un copil poate învăța mecanic anumite acțiuni fără ca jocul să devină automat spontan, flexibil și motivant. Și eu vin dintr-o istorie profesională în care am învățat să descompun abilitățile, să folosesc prompting și fading, să modelez acțiuni și să urmăresc independența copilului. Am folosit și video modeling pentru dezvoltarea jocului. Toate acestea au valoare atunci când sunt folosite potrivit. În timp însă, atenția mea s-a mutat tot mai mult către ceea ce se întâmplă după ce copilul a învățat o acțiune. Un copil

poate ști că păpușa mănâncă, bea, face baie și doarme și, totuși, să îi fie dificil să construiască o poveste în jurul acestor acțiuni. Poate reproduce foarte bine ideea adultului, dar să întâmpine dificultăți atunci când partenerul schimbă jocul.

Aici se află, pentru mine, diferența dintre **a-l învăța pe copil acțiuni de joc și a-l ajuta să devină un copil care se joacă**. În practica mea am întâlnit de multe ori copii care cunosc litere, cifre, culori și categorii, denumesc numeroase imagini, răspund la întrebări și au achiziții cognitive bune. Unii au și un limbaj bine dezvoltat. În același timp, atunci când sunt puși în fața unor figurine și obiecte și nu mai primesc indicații precise, jocul poate rămâne simplu, repetitiv sau dependent de modelul adultului.

În interviul său despre joc, Kasari aduce în discuție inclusiv posibilitatea ca, pentru unii copii, jocul să fi fost abordat prea mult ca muncă, drept ceva ce trebuie făcut. Putem preda mecanic o acțiune care seamănă cu jocul fără ca ea să devină automat joc autentic. De aceea, contează nu doar dacă acțiunea apare, ci și dacă există inițiativă, flexibilitate, posibilitatea de extindere și, mai ales, plăcere.

## JASPER – înaintea cuvintelor

JASPER pornește, într-un fel, de la limbaj. Într-un interviu despre intervenția timpurie, Connie Kasari povestește că una dintre preocupările majore în cazul copiilor mici cu autism era faptul că aceștia nu vorbeau. Cercetătorii au făcut însă un pas înapoi și s-au uitat la ceea ce se dezvoltă înaintea cuvintelor la copilul cu dezvoltare tipică: gesturile, imitația și implicarea cu

ceilalți. Limbajul nu apare într-un spațiu gol. El se construiește într-un copil care observă oamenii, îi urmărește, imită, arată, oferă, răspunde la gesturile lor și descoperă că o experiență poate fi împărtășită cu altcineva.

De aici s-a dezvoltat intervenția cunoscută sub numele de **JASPER – Joint Attention, Symbolic Play, Engagement and Regulation**: atenție împărtășită, joc simbolic, implicare și reglare. JASPER este o intervenție bazată pe joc, dezvoltată de Connie Kasari și echipa sa la UCLA, care combină principii de dezvoltare cu principii comportamentale și face parte din familia intervențiilor naturalistice de dezvoltare și comportamentale – NDBI. Cele patru componente nu funcționează separat. Copilul are nevoie să fie suficient de reglat pentru a putea participa, iar implicarea într-o activitate comună creează oportunități pentru comunicare, atenție împărtășită, limbaj și dezvoltarea jocului.

**Regulation** este una dintre componentele care mi-au influențat puternic practica. În JASPER, reglarea emoțională și comportamentală nu este tratată ca ceva separat de joc. Adultul urmărește starea copilului și își ajustează interacțiunea, ritmul, limbajul, materialele și nivelul cerințelor, astfel încât participarea să rămână posibilă. Pentru copilul mic, co-reglarea oferită de adult este parte din drumul către o capacitate tot mai mare de autoreglare. De aceea, reglarea nu este ceva ce cer copilului înainte să încep să lucrez cu el. Este ceva la care contribui și eu. La fel de important este **Joint Engagement**, implicarea împărtășită. A fi în aceeași cameră sau a manipula aceeași jucărie nu înseam-

nă automat că există o experiență comună. În JASPER, este urmărit timpul în care copilul este cu adevărat implicat împreună cu partenerul, pentru că în aceste momente apar mai multe oportunități naturale pentru comunicare și învățare. Copilul poate fi implicat cu adultul fără să îl privească permanent. Poate alterna acțiuni, poate accepta și continua o sugestie, poate include partenerul în ceea ce face, iar la niveluri mai coordonate poate integra privirea, gesturile și limbajul.

### Imitația – mai mult decât „Fă ca mine”

Imitația ilustrează foarte bine diferența dintre a avea o abilitate în repertoriu și a o folosi spontan. În programele structurate, imitația era ușor de recunoscut: adultul demonstra o acțiune, putea spune „Fă ca mine”, iar copilul era învățat să reproducă modelul. Este o achiziție importantă, dar faptul că un copil poate imita la cerere nu ne spune automat dacă folosește imitația spontan în viața lui.

În dezvoltarea timpurie, imitația are două funcții importante:

- ▶ Prima este **funcția de învățare**: copilul observă ce face altcineva și, imitând, descoperă cum se utilizează un obiect, cum se realizează o acțiune sau cum poate rezolva o situație.
- ▶ A doua este **funcția socială**. Copilul nu imită numai pentru a afla cum se face ceva. Poate imita pentru a intra într-un schimb cu celălalt. La fel de important, adultul îl poate imita pe copil, iar acesta descoperă că acțiunea lui a fost observată și preluată.



În joc mă interesează, așadar, nu doar câte acțiuni poate copia copilul, ci dacă observă ceea ce face partenerul, dacă preia spontan o idee, dacă sesizează când este imitat și dacă poate continua schimbul. Imitația devine astfel o punte către joc: copilul preia o idee, o repetă și, treptat, o modifică. Trecerea importantă este de la „**fac ceea ce ai făcut tu**” la „**am văzut ideea ta și pot construi mai departe**”.



Întâlnirea mea cu JASPER. Pentru mine, JASPER nu a rămas o intervenție despre care am citit într-un articol. Întâlnirea directă cu această abordare a venit în 2019, când Damian Nedescu și Alina Vlad au adus la București echipa lui Connie Kasari. A fost începutul unui alt fel de a privi lucruri cu care lucram deja de mulți ani: jocul, motivația copilului, atenția împărtășită, implicarea, reglarea și rolul adultului.

JASPER nu mi-a cerut să șterg ceea ce știam din ABA timp de 13 ani. M-a făcut însă să privesc mai atent copilul în timp ce aplic ceea ce știu. Atenția mea s-a mutat tot mai mult de la simpla achiziție către felul în care copilul participă, inițiază, rămâne implicat, preia o idee, o schimbă și construiește împreună cu partenerul.

În perioada pandemiei am început supervizarea JASPER și am parcurs procesul necesar pentru atingerea criteriilor de fidelitate și acreditare. În 2025 am continuat pregătirea prin trainingul Level 2, orientat către caregiver coaching.

Fidelitatea este importantă în JASPER are principii și proceduri definite, iar trainingul presupune practică, observație, coaching și feedback. Într-o sesiune aparent relaxată, adultul ia permanent decizii profesionale: observă nivelul actual de joc, organizează materialele, urmărește inițiativa copilului fără să devină pasiv, creează oportunități de comunicare, echilibrează imitația și modelarea, extinde rutinele de joc și își adaptează limbajul și ritmul. Cu cât strategiile sunt mai bine stăpânite, cu atât ele pot deveni mai puțin vizibile. Tehnica nu dispare; este integrată suficient de bine încât interacțiunea să rămână firească.

Motivația copilului este punctul de plecare. Mă interesează nu doar ce îi place copilului, ci și ce poate construi pornind de la ceea ce îi place. Dacă este atras de o rățușcă mică, dar nu știe încă ce să facă mai departe cu ea, rățușca nu trebuie să devină recompensa pentru o altă sarcină. Ea poate deveni începutul jocului. Poate apărea mama-rață, bobocul poate pleca, mama îl poate căuta, poate apărea o problemă și apoi o soluție. Un obiect care inițial era doar interesant începe să capete relații, roluri și poveste.

**Jocul trebuie să rămână viu.** În joc se întâlnesc multe dintre abilitățile pe care uneori încercăm să le predăm separat: limbajul, imitația, atenția împărțită, flexibilitatea, rezolvarea de probleme, reciprocitatea, creativitatea și capacitatea de a accepta ideea altcuiva. Dar există ceva ce nu vreau să pierd atunci când transform toate acestea în obiective terapeutice: plăcerea copilului de a se juca.

După aproape douăzeci de ani petrecuți alături de copii, nu mă mai interesează doar dacă o acțiune este corectă și independentă. Observ cât din joc îi aparține copilului, dacă are inițiativă, dacă preia și transformă ideile partenerului, dacă îl caută pentru a împărtăși ceva și dacă jocul poate continua fără ca adultul să îi furnizeze permanent următorul pas. Jocul copilului nu ar trebui doar să arate corect. Ar trebui să fie viu, cu anticipare, surpriză, schimbare și idei care nu au fost planificate de adult ;**nu este suficient să îi oferim copilului mai multe lucruri de făcut cu jucăriile. Trebuie să îi oferim șansa de a descoperi de ce merită să se joace.**

Astăzi duc această perspectivă mai departe prin coaching oferit în centre din Constanța, București, Iași și Brașov, dar și prin lucrul direct cu părinți din diferite orașe din țară și cu familii din Austria și Elveția.

În lucrul cu părinții, scopul meu nu este să îi transform în terapeuții propriilor copii. Îmi doresc să îi împuternicesc să recunoască și să folosească momentele de învățare care există deja în viața de familie, să construiască jocul pornind de la motivația copilului, să susțină comunicarea, implicarea și reglarea și să introducă treptat noi idei și noi abilități. Inclusiv abilitățile cognitive pot fi construite în acest spațiu.

Culorile, formele, numerele, conceptele spațiale, clasificarea sau rezolvarea de probleme pot apărea firesc atunci când copilul construiește, caută, sortează, cumpără, gătește, repară sau inventează o poveste.



Pentru mine, aceasta este continuarea firească a drumului început odată cu JASPER: să duc ceea ce am învățat dincolo de relația terapeut-copil și să îl așez acolo unde copilul își petrece cea mai mare parte a vieții, alături de familia lui. Atunci jocul nu mai este doar un obiectiv dintr-un program de intervenție. Devine un spațiu de explorare, învățare, imaginație, comunicare și relație.

Și, mai ales, plăcerea de a rămâne puțin mai mult împreună.



## COOPERAREA SE CONSTRUIEȘTE – cum îl ajutăm pe copil să colaboreze

IULIA DOBRONOIU – analist comportamental (BCBA)

ALEXANDRA COMĂRNICEANU – analist comportamental (BCBA)

### Abstract

Articolul prezintă strategii de prevenție bazate pe principiile analizei aplicate a comportamentului pentru a crește cooperarea copiilor cu TSA în terapia logopedică, pornind de la premisa că lipsa acestora are întotdeauna o funcție. Sunt ilustrate cinci direcții complementare: construirea relației terapeutice, creșterea motivației, organizarea eficientă a cerințelor și sarcinilor, creșterea predictibilității sesiunii și trainingul de comunicare funcțională, ca alternativă adecvată la comportamentele problematice. Strategiile arată că o abordare proactivă reduce apariția refuzului de a participa în cadrul sesiunilor și facilitează un context terapeutic mai eficient decât intervenția reactivă. Articolul se adresează practicienilor din logopedie care lucrează cu copii cu TSA și alte întârzieri în dezvoltare.

### De la a gestiona refuzul la a-l preveni

Pentru orice specialist ABA, fie că vorbim despre instructori comportamentali sau analiști comportamentali, există un moment important în practica profesională în care devine evident că este mult mai eficient să construim bazele cooperării încă de la început, decât să încercăm ulterior să reparăm o ruptură în relația terapeutică și să recuperăm terenul pierdut. De aici pornește, de fapt, ideea de prevenție: „Ce pot construi înainte, astfel încât refuzul să aibă mai puține motive să apară?”

Prevenția nu înseamnă eliminarea completă a opoziției sau a refuzului, ci crearea unui context în care probabilitatea de cooperare crește, iar probabilitatea apariției refuzului de a participa la activități scade. Având acest principiu în vedere, vom descrie în continuare câteva strategii

de prevenție, fundamentate pe principii ABA și susținute de literatura de specialitate, care pot fi integrate în practica oricărui logoped.

## **Relația vine înaintea cerinței**

Primul aspect pe care ar trebui să îl avem în vedere și, poate, cel mai ușor de neglijat atunci când există presiunea obiectivelor terapeutice, este relația cu copilul. Mulți copii cu TSA și alte întârzieri în dezvoltare ajung să asocieze adultul care lucrează cu ei, cu cerințe și feedback corectiv, iar una dintre reacțiile care poate apărea în mod firesc, este evitarea- atât a adultului, cât și a mediului în care are loc predarea. Tocmai din acest motiv, pairing-ul, respectiv procesul de formare și consolidare a relației terapeutice, reprezintă o etapă fundamentală. Atunci când adultul intră în sesiune



fără a introduce imediat cerințe și devine, pur și simplu, parte din activitățile preferate ale copilului, acesta poate învăța că interacțiunea cu el nu înseamnă exclusiv sarcini și solicitări, ci poate fi asociată și cu experiențe plăcute. În mod similar, și în relațiile dintre adulți, suntem mai predispuși să răspundem unei persoane, să o ajutăm sau să îi acordăm atenție atunci când avem o relație pozitivă cu aceasta. Același principiu poate fi valorificat și în relația terapeutică. Este important de subliniat că formarea relației nu este un proces care se realizează o singură dată, la începutul intervenției. Pairing-ul trebuie menținut și consolidat în fiecare sesiune de terapie.

Câteva minute la începutul și la finalul întâlnirii, precum și scurte momente de interacțiune plăcută distribuite pe parcursul sesiunii, pot contribui la menținerea și consolidarea relației. Cum ar putea arăta acest lucru în practică? O sesiune de logopedie poate începe cu copilul care intră în cabinet și se îndreaptă către jocul cu mașinuțe, iar specialistul se alătură activității sale fără să introducă imediat cerințe. Ulterior, acesta poate introduce treptat sarcini integrate în activitatea deja desfășurată. Pe parcursul sesiunii, obiectivele terapeutice pot fi alternate periodic cu activități preferate, iar întâlnirea se poate încheia cu un joc ales de către cel mic. Un ingredient esențial al construirii relației îl reprezintă urmărirea intereselor copilului.

În loc să organizăm o activitate de la zero și să încercăm să îl atragem către aceasta, putem observa ceea ce face deja și ne putem alătura activității sale, extinzând-o treptat, fără să îl redirecționăm imediat către ceea ce am planificat noi.



Dacă, de exemplu, copilul împinge o mașinuță pe masă, adultul poate imita inițial acțiunea și, ulterior, poate extinde jocul: „Hai să facem o cursă!”. În acest fel, adultul pornește de la interesul copilului, în loc să îi impună un interes nou.

## Verificăm constant motivația

Un al doilea pilon important este motivația. De aici apare și una dintre greșelile frecvente în intervenție: presupunem ce îi place copilului, în loc să verificăm în mod activ preferințele acestuia pe parcursul sesiunii. Preferințele se pot schimba rapid, uneori chiar de la un minut la altul, astfel încât evaluarea lor - verificarea directă a ceea ce alege copilul, mai degrabă decât presupunerea - devine un instrument de bază.

O strategie care permite specialistului să compare mai mulți stimuli simultan presupune identificarea unei ierarhii de preferințe și utilizarea stimulilor identificați drept potențiali întăritori pentru obiectivele planificate ulterior.

Specialistul poate pune la dispoziția copilului patru-cinci obiecte sau activități de interes și îi oferă acestuia posibilitatea de a alege. Alegerea este consemnată, iar copilului i se permite să interacționeze cu stimulul ales. După ce acesta încheie interacțiunea cu obiectul sau activitatea aleasă, specialistul prezintă din nou stimulii rămași și așteaptă o nouă alegere, pe care o notează.

Procesul continuă până când cel mic epuizează stimulii prezentați, sau până când își pierde interesul față de cei rămași, iar la final, se va obține o listă în care sunt notați stimuli preferați de el, în ordinea în care au fost aleși: stimuli aleși primii au o valoare mai mare, iar cei aleși ultimii au o valoare mai mică pentru copil.



În acest fel, specialistul poate utiliza stimuli aleși pe primele poziții ca întăritori pentru sarcini mai dificile, iar pe cei aleși pe ultimele poziții, pentru sarcini mai ușoare. Pe lângă preferințele indicate de cel mic, oferirea de alegeri, fie ele libere („Cu ce vrei să începi?”), fie mai structurate („Stăm pe covor sau pe scaun?”, „Facem întâi incastrul sau potrivim imaginile?”), poate crește motivația de participare prin sporirea sentimentului de autonomie și control. Variantele pot fi diferite, însă pot conduce către atingerea acelorași obiective terapeutice.

Ordinea cerințelor contează Modul în care organizăm cerințele într-o sesiune este la fel de important ca instrucțiunea propriu-zisă. O strategie eficientă este utilizarea cerințelor cu probabilitate mare de răspuns. Începem cu trei-cinci cerințe simple, pe care copilul le realizează independent, înainte de a introduce cerința dificilă sau una care presupune un nivel mai ridicat de efort. În acest fel, construim un „ritm” de succes, care poate crește probabilitatea ca și sarcina mai dificilă să fie acceptată și realizată.



De exemplu, înainte de exersarea sunetului /b/, care este dificil pentru Ana, logopedul poate solicita rapid răspunsuri deja consolidate: „Spune PA”, „Spune MA”, „Spune TA”. Aceste cerințe pot fi urmate de laudă sau de un alt tip de feedback pozitiv, iar apoi poate fi introdus sunetul dificil, copilul fiind deja într-un context caracterizat de răspunsuri corecte și succes. O strategie complementară este mixarea sarcinilor în funcție de nivelul de dificultate. În loc să prezentăm mai multe sarcini dificile consecutiv, putem intercala sarcini ușoare, moderate și dificile, astfel încât efortul solicitat copilului să fie distribuit pe parcursul sesiunii.

De exemplu, într-o activitate de articulare, putem alterna producerea unui sunet deja achiziționat, o sarcină ușoară de identificare a unei imagini, o încercare de producere a sunetului-țintă și, ulterior, o nouă sarcină



## Despre integrarea senzorială

**Integrarea senzorială este un proces neurologic foarte complex influențat de mulți factori, ce are loc la nivelul SNC – sistemul nervos central.**

**Presupune integrarea informațiilor externe și interne la nivelul cortexului și capacitatea de a le utiliza prin intermediul răspunsurilor adaptative adecvate.**

RĂZVAN GABRIEL ÎLEA – terapeut ocupațional și senzorial Asociația Psihosens București



Sistemele senzoriale sunt structuri morfo-funcționale complexe ale organismului prin intermediul cărora centrul de comandă primesc informații cu privire la relația dintre organism și mediu, starea diverselor componente ale organismului și raporturile existente între părțile corpului. Sistemul senzorial este alcătuit din 3 componente: componenta de recepție, componenta de conducere și componenta centrală.

Integrarea senzorială reprezintă capacitatea de procesare a simțurilor organismului prin intermediul sistemelor senzoriale, acestea fiind: vizual, auditiv, gustativ, olfactiv, tactil, vestibular, proprioceptiv și interoceptiv, și de a le asocia cu achizițiile senzoriale stocate deja în creier, în vederea obținerii unui răspuns corespunzător a corpului.

Terapia de integrare senzorială a fost patentată în anii 70 de către A. Jean Ayres și are ca scop ajutorul persoanelor cu probleme în procesarea senzorială. De specificat este faptul că problema de procesare senzorială nu apare la nivelul transducției senzoriale, ci abia în momentul în care informația ajunge la centrul de comandă, unde creierul nu este capabil să răspundă adecvat la stimul. Această tulburare nu are caracter individual, fiind mai degrabă o manifestare de suprafață a unei game largi de disfuncții neurologice.

### Tulburarea de procesare senzorială necesită terapie de integrare senzorială

Tulburarea de procesare senzorială este o afecțiune care are ca efect modul în care creierul procesează informațiile senzoriale provenite de la stimuli, efectele acestei tulburări sunt: intoleranța față de anumite zgomote, lumini, texturi, încălțăminte



sau hainele care îi par strâmte sau iritante, mersul pe vârfuri, preferința pentru un gust anume, ingerarea de obiecte necomestibile, dispraxia sau tulburările de postură. Toate acestea și alte comportamente atipice pot fi semnele unei tulburări de procesare senzorială. Din fericire aceste probleme se observă de la o vârstă destul de fragedă, iar datorită terapiilor ele se pot remedia.

Acest proces are loc la nivelul creierului, în sistemul nervos central, care este compus din aproximativ 100 de miliarde de neuroni, măduva spinării și creier. Peste 80% din sistemul nervos este implicat în procesarea și organizarea informațiilor senzoriale, cu alte cuvinte creierul este, înainte de toate, o mașinărie de procesare senzorială.

Dereglările de procesare senzorială se pot manifesta în trei feluri: fie printr-o hipersensibilitate, când copii reacționează la stimuli ca și cum ar fi prea puternici, spre exemplu un sunet sau o lumină care sunt percepute a fi mult mai puternice decât sunt în realitate, printr-o hiposensibilitate, când nu reacționează spre deloc la stimul, chiar dacă se crește intensitatea lui sau printr-o căutare senzorială continuă, când

nevoia de a experimenta stimuli senzoriali din ce în ce mai puternici este omniprezentă iar tendința este de suprastimulare senzorială (agitație psihomotrică)

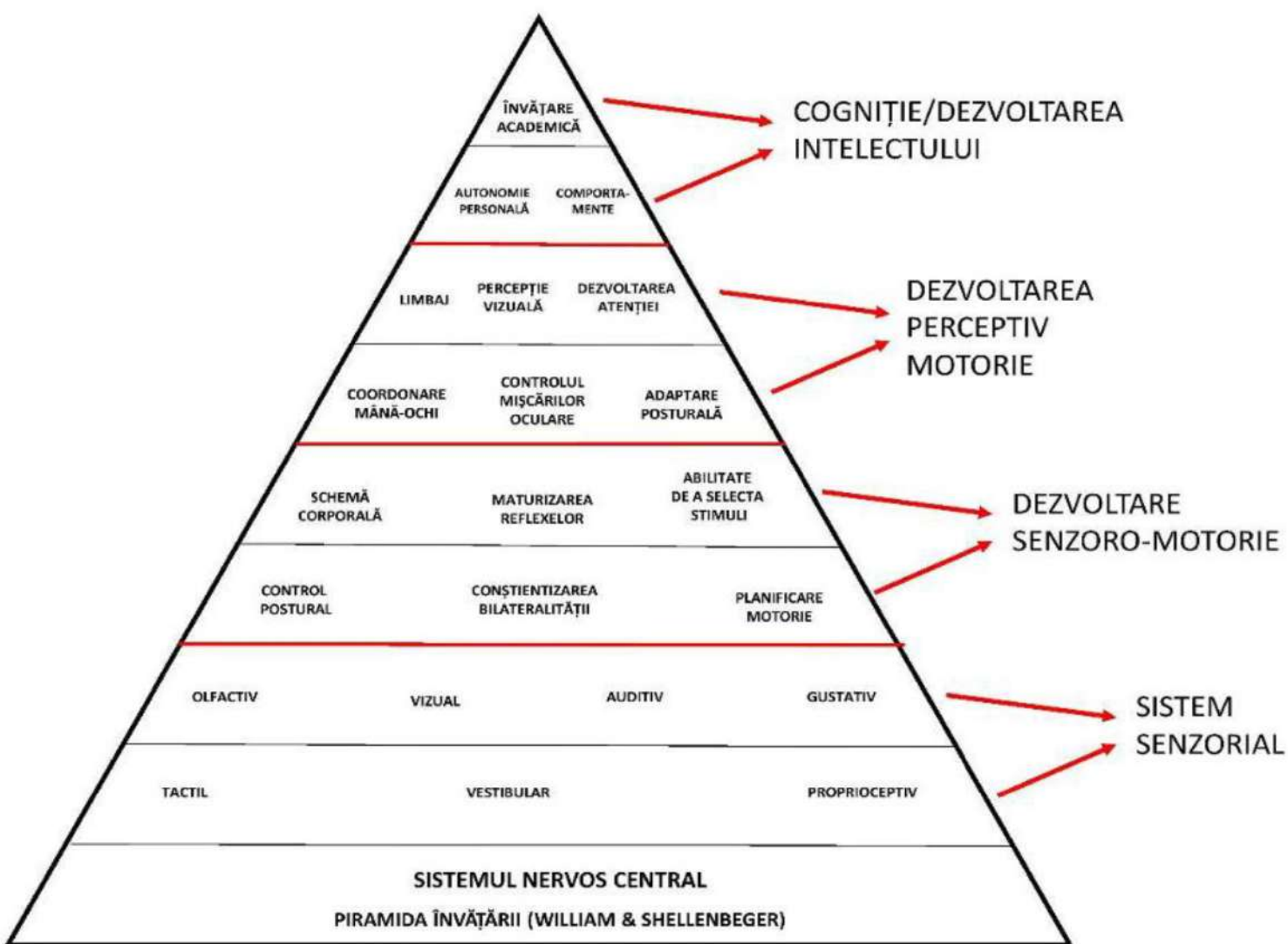
Chiar dacă problemele de procesare senzorială nu fost încă recunoscute de manualul de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale, ediția a 5-a (DSM-5), aceste probleme există și sunt des întâlnite în cazul multor afecțiuni neurologice. Aceste afecțiuni sunt, după părerea multor medici, comorbidități care apar în urma altor afecțiuni.



Există foarte multe afecțiuni care pot să aibă ca efecte și tulburările de procesare senzorială, cea mai întâlnită fiind tulburarea de spectru autist (TSA).

**Alte afecțiuni sunt:** tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), tulburare obsesiv-compulsivă, copii născuți prematur și cei care au avut probleme la naștere, copii cu afecțiuni neurologice – paralizia cerebrală, hidrocefalia, agenezia de corp Calos, Sindromul Down, Sindromul Klinefelter, Sindromul Pitt Hopkin și altele.

O posibilă explicație a tulburării de procesare senzorială este activitatea anormală a creierului care schimbă modul în care creierul răspunde la anumiți stimuli.





## CÂINELE LOGOPED

### un partener inovator în terapia limbajului

După 25 de ani de activitate în logopedie, am simțit nevoia să aduc ceva nou în modul în care lucrez cu cei mici. Așa a început una dintre cele mai frumoase experiențe profesionale ale mele: terapia asistată de câine și povestea lui Adam, câinele logoped.

În practica logopedică, menținerea motivației copilului este o provocare importantă. Exercițiile presupun repetiție, concentrare și perseverență, iar metodele interactive pot schimba felul în care copilul percepe terapia.

*LAURA HĂRDĂLĂU – logoped și co-fondator al brandului Jucării Vorbărețe*

#### Întâlnirea cu Adam – începutul unei povești

În urmă cu doi ani, la un curs, am avut bucuria să-l întâlnesc pe Adam, un labrador de nouă luni. În sală eram peste 40 de profesori și șase câini de terapie. Atmosfera era aparte: mă uitam în jur și vedeam zâmbete pe chipurile colegilor, o stare de relaxare și de bine despre care ni s-a explicat că poate fi susținută de prezența câinilor de terapie.

Am fost întrebați dacă unul dintre noi dorește să pornească pe acest drum și să integreze un câine de terapie în activitatea

profesională. Ni s-a spus că formarea durează între un an și un an și jumătate, presupune multă muncă și deplasări săptămânale într-o altă localitate, aproximativ 290 de kilometri.

Acasă, i-am povestit soțului meu cât de mult mă atrăgea ideea. Prima lui reacție a fost categorică: «Nici vorbă!», mai ales că aveam deja patru pisici și un câine. A doua zi am fost însă mai convingătoare: i-am spus că, după 25 de ani de logopedie, îmi doresc să fac ceva diferit. Mi-a răspuns că, dacă sunt sigură, mă va susține. Așa a început povestea mea și a lui Adam.



## Drumul formării și misiunea asociației Dog4You-Lăbuțe care vindecă

Timp de șase luni am mers săptămânal de la Oradea la Satu Mare, la Asociația Angel Dog, unde am obținut atestatul de câine de terapie recunoscut în România. A urmat un an de pregătire la Asociația Barathegyi din Miskolc, Ungaria, pentru certificarea cu recunoaștere internațională. În această perioadă am făcut practică în Oradea, în școala de masă și în școala specială, avându-i ca mentori pe psihologul Eva Zita Balogh și pe West, primul câine terapeut din România care a lucrat într-o școală specială.

În spatele formării unui câine de terapie se află o muncă uriașă. Câinele nu se formează singur, ci împreună cu handlerul său; cei doi învață să funcționeze ca o echipă bazată pe încredere, comunicare și cunoaștere reciprocă. Nu a fost ușor, dar bucuria de a-l avea pe Adam alături când lucrez cu cei mici face ca efortul să fi meritat.

Suntem și membri fondatori ai Asociației Dog4You din Oradea, care are printre obiective formarea de echipe handler-câine de terapie, pentru ca tot mai mulți copii să poată beneficia de terapia asistată de câini.

## De la câine terapeut la câine logoped

Un câine terapeut este selectat și pregătit pentru activități cu scop terapeutic, educațional sau de sprijin. În logopedie, această abordare capătă o formă aparte: câinele este integrat în activități pentru dezvoltarea limbajului, corectarea pronunției și stimularea comunicării. Adam a devenit astfel partenerul meu în cabinet și primul câine logoped din România.

Când Adam este prezent, observ în primul rând bucuria copilului, apoi participarea, atenția, disponibilitatea pentru exercițiu și dorința de a repeta. Îl pot integra în toate etapele ședinței, de la captarea atenției până la final, când copilul abia așteaptă să revină. Câinele nu înlocuiește logopedul și metodele terapeutice, ci devine un mediator al relației și un factor puternic de motivație.

## Pronunție, mișcare și joc

Copilul poate formula comenzi pe care câinele să le execute, fiind încurajat să pronunțe cât mai clar. Astfel, vorbirea capătă un scop concret: copilul comunică și primește un răspuns. Poate spune sunete, cuvinte ori o mică poveste «la urechea lui

Adam», într-un context ludic care reduce presiunea greșelii și încurajează exprimarea spontană.

Interacțiunea permite și o abordare multisenzorială. Copilul poate atinge ușor spațele, capul sau urechea câinelui în timp ce pronunță sunetul exersat, de exemplu «R». Pronunția se poate combina cu mișcarea: copilul îl plimbă pe Adam în lesă, parcurge un traseu simplu ori alternează sarcini motrice cu sunete și cuvinte. Terapia nu se mai desfășoară exclusiv la masă; copilul se mișcă, se joacă, comunică și exersează simultan.



### **Atenție, prezență și inversarea rolurilor**

În cazul copiilor cu ADHD, menținerea atenției poate fi dificilă. În activitatea mea am observat că prezența lui Adam îi poate ajuta pe unii copii să fie mai liniștiți, mai concentrați și mai disponibili pentru exerciții. Intervenția rămâne însă individualizată, deoarece câinele terapeut nu este o soluție universală. Uneori nici nu trebuie să participe activ: simplul fapt că stă liniștit aproape de copil poate face mai atractive exercițiile în oglindă, citirea sau repetarea cuvintelor.

O activitate valoroasă este inversarea rolurilor. În corectarea sigmatismului, copilul îl poate «învăța» pe Adam poziția corectă a limbii. Pentru a explica, trebuie să-și observe propriile mișcări articulatorii și să verbalizeze ceea ce face. Copilul nu mai este doar cel corectat, ci devine profesorul care știe și explică, ceea ce îi poate crește încrederea și implicarea.

### **Trusa logopedică „Gimnastica fonoarticulatorie cu Adam, câinele logoped”**

Din experiența acumulată în cabinet s-a născut materialul «Gimnastica fonoarticulatorie cu Adam, câinele logoped», construit în jurul terapiei asistate de câine. Trusa logopedică a fost lansată în luna mai 2026, la București, în cadrul Conferinței Logopedia 360°. Materialul a fost testat, adaptat și optimizat pe baza activității cu copiii și a reacțiilor lor. Adam este personajul central și creează o punte între copil și exercițiul terapeutic, transformând succesiunea de mișcări fonoarticulatorii într-o activitate ludică și apropiată de universul copilului.

### **Mai mult decât un câine în cabinet**

Drumul nostru a însemnat formare, sute de kilometri parcurși, practică, evaluări și multă muncă. Astăzi, când văd reacția copiilor, îmi amintesc de prima întâlnire cu Adam și de starea de bine pe care am simțit-o eu însămi. Acum o regăsesc în zâmbetele lor și în întrebarea de la sfârșitul sesiunii: «Când mai vin la Adam?»

Pentru mine, aceasta este esența poveștii noastre: o logopedie profesionistă și structurată, dar vie, ludică și centrată pe copil, în care motivația, relația și bucuria de a comunica devin parte din proces.

**„Nu vrea să vină la logoped.”, „Spune că el vorbește bine.”, „Acasă nu vrea să facă exercițiile.”, „I-am promis că mergem doar de câteva ori și apoi terminăm.”** Aceste afirmații apar frecvent în practica logopedică și descriu una dintre provocările importante ale intervenției la copil: diferența dintre nevoia obiectivă de intervenție și dorința subiectivă de a participa la aceasta.

ELENA BÎRZAN-MORODAN – logoped, psiholog clinician *Centrul Recuperarea Copilăriei*



## **NEVOIE VERSUS DORINȚĂ ÎN LOGOPEDIE** **Între indicația terapeutică, motivația copilului** **și responsabilitatea adultului**

Un copil poate prezenta o tulburare de pronunție, o tulburare fonologică sau dificultăți mai ample de limbaj fără să fie conștient de impactul acestora și, implicit, fără să considere necesară intervenția. În același timp, părintele, din dorința firească de a reduce opoziția sau anxietatea copilului, poate prezenta logopedia drept un demers foarte scurt: „mergem de câteva ori și se rezolvă”.

Problema apare atunci când realitatea clinică nu confirmă această promisiune.

Intervenția logopedică este un proces terapeutic, iar durata sa nu poate fi stabilită

arbitrar înainte de evaluarea dificultății, a severității acesteia, a profilului copilului și a răspunsului la intervenție.

În această ecuație, specialistul trebuie să gestioneze simultan trei dimensiuni: nevoia terapeutică, motivația copilului și implicarea familiei.

### **Tulburările de vorbire și limbaj nu reprezintă un fenomen rar**

Datele epidemiologice justifică importanța identificării și intervenției timpurii. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders estimează că

tulburările sunetelor vorbirii afectează aproximativ 8-9% dintre copiii mici.

Prevalența se modifică însă odată cu vârsta și în funcție de criteriile diagnostice utilizate. Într-un studiu populațional clasic realizat de Shriberg, Tomblin și McSweeny, prevalența întârzierilor de vorbire la vârsta de 6 ani a fost estimată la 3,8%, cu o frecvență mai mare la băieți: 4,5%, comparativ cu 3,1% la fete.

Mai mult, dificultățile nu dispar obligatoriu odată cu intrarea în școală. Studiul longitudinal realizat de Wren și colaboratorii săi a identificat o prevalență de aproximativ 3,6% a tulburărilor persistente ale sunetelor vorbirii la vârsta de 8 ani.

Aceste cifre trebuie interpretate în contextul populațiilor și criteriilor utilizate în studiile respective, însă transmit un mesaj important: dificultățile de vorbire și limbaj sunt suficient de frecvente încât evaluarea și intervenția să nu fie tratate ca măsuri excepționale.



## Cine stabilește nevoia de intervenție?

Una dintre confuziile frecvente în relația copil-părinte-terapeut apare atunci când dorința copilului este utilizată drept principal criteriu pentru continuarea intervenției: „Dacă el nu vrea, probabil nu este pregătit.”, „Pe el nu îl deranjează cum vorbește.”, „Spune că ceilalți îl înțeleg.”

Este important să respectăm autonomia copilului și să construim o relație terapeutică în care acesta să se simtă în siguranță. Dar respectarea copilului nu presupune transferarea asupra lui a unei decizii clinice pe care, în funcție de vârstă și dezvoltare, este posibil să nu o poată lua informat.

**Un copil de 4, 5, 6 sau chiar 8 ani** nu dispune obligatoriu de capacitatea metacognitivă necesară pentru a aprecia consecințele pe termen lung ale unei dificultăți de vorbire sau limbaj.

Pentru el, propria pronunție reprezintă normalitatea pe care o cunoaște. De aceea, afirmația: „Pe el nu îl deranjează”, nu este echivalentă cu: „Nu există o dificultate care necesită intervenție.”

Nevoia terapeutică este stabilită în urma evaluării de specialitate, ținând cont de vârsta copilului, tipul și severitatea erorilor, inteligibilitatea vorbirii, dezvoltarea fonologică și lingvistică, impactul funcțional și eventualele dificultăți asociate.

Dorința copilului reprezintă o altă variabilă. Importantă, dar diferită.

## Nevoia poate exista înaintea motivației

În intervenția pediatrică există numeroase situații în care copilul nu inițiază comportamentul de care are nevoie.

Copilul nu solicită obligatoriu să învețe să citească, să își facă exercițiile, să meargă la medic sau să respecte o rutină de somn.

**Adulții stabilesc anumite limite și rutine** deoarece pot anticipa consecințe pe care copilul încă nu le poate anticipa. Același principiu trebuie înțeles și în logopedie.

**Nu este necesar ca un copil să își dorească intervenția pentru ca nevoia să existe.**

În schimb, existența unei nevoi terapeutice nu justifică transformarea ședinței într-o succesiune de constrângeri. Aici intervine competența terapeutului.

Dacă nevoia este evaluată clinic, motivația trebuie construită terapeutic.

## De la „trebuie să merg” la „vreau să reușesc”

Motivația copilului nu trebuie privită exclusiv ca o caracteristică pe care acesta o are sau nu o are. Ea poate fi influențată de modul în care este construită intervenția. Copilul poate primi obiective accesibile, poate observa propriul progres, poate avea posibilitatea de a alege între două activități care urmăresc același obiectiv terapeutic și poate primi feedback specific pentru efort și progres. În locul unei experiențe centrate exclusiv pe: „Ai spus greșit. Mai încearcă.”, intervenția poate construi experiența: „Data trecută sunetul acesta nu îți ieșea deloc izolat. Astăzi ai reușit de cinci ori. Hai să vedem dacă îl putem pune într-un cuvânt.” Diferența este esențială. Copilul începe să observe nu numai ce nu poate face, ci și ce a învățat să facă.

Astfel, obiectivul terapeutic stabilit inițial de adulți poate deveni treptat un obiectiv pe care copilul îl recunoaște și îl asumă.

## Mitul „câtorva ședințe”

Una dintre cele mai problematice promisiuni făcute înaintea începerii intervenției este:

„Mergem de câteva ori la logoped și se rezolvă.” De cele mai multe ori, intenția părintelui este pozitivă. Adultul încearcă să reducă anxietatea copilului și să obțină cooperarea inițială. Din perspectivă terapeutică, însă, această promisiune poate crea o așteptare dificil de gestionat. Durata intervenției nu depinde exclusiv de sunetul care trebuie corectat.

Două persoane care aparent solicită intervenție pentru aceeași dificultate, de exemplu, pronunția sunetului „r”, pot



avea profile funcționale complet diferite. Trebuie analizate, după caz, discriminarea auditivă, reprezentarea fonologică, controlul și coordonarea structurilor implicate în vorbire, capacitatea de imitare, consistența erorilor, nivelul limbajului, atenția, memoria de lucru, capacitatea de autocorectare, existența altor erori fonetice sau fonologice și eventualele tulburări asociate.

Prin urmare, numărul de ședințe nu reprezintă diagnosticul și nici prognosticul.

### Obținerea unui sunet nu înseamnă încheierea terapiei

Pentru părinți, acesta este probabil unul dintre cele mai importante aspecte de înțeles. În cazul unei tulburări de pronunție, momentul în care copilul produce pentru prima dată corect sunetul vizat este important, dar nu reprezintă automat finalul intervenției.

**În practică, există o diferență majoră între: producerea corectă → consolidare → utilizarea în contexte lingvistice progresiv mai complexe → automatizare → generalizare în vorbirea spontană.**

Copilul poate produce corect un sunet izolat în cabinet și poate continua să îl pronunțe incorect în conversația spontană. Această situație nu este paradoxală. În cabinet, sarcina este controlată. Copilul știe ce sunet urmărește, își concentrează atenția asupra articulării și primește feedback imediat.

În conversație, resursele cognitive sunt distribuite simultan către alegerea cuvintelor, organizarea propoziției, transmiterea mesajului, interacțiunea cu interlocutorul și monitorizarea propriei vorbiri.

De aceea, performanța din cabinet și utilizarea spontană nu sunt sinonime.

### Bibliografie

- » Heidlage, J. K., Cunningham, J. E., Kaiser, A. P., Trivette, C. M., Barton, E. E., Frey, J. R., & Roberts, M. Y. (2020). *The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis.*
- » Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., & Pickles, A. (2016). *The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study.*
- » Pritchard, K., et al. (2024). *How speech and language therapists and parents work together in the home practice of children with speech sound disorder: A qualitative evidence synthesis.*
- » Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). *The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis.*
- » Shriberg, L. D., Tomblin, J. B., & McSweeney, J. L. (1999). *Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment.*
- » Wren, Y., Miller, L. L., Peters, T. J., Emond, A., & Roulstone, S. (2016). *Prevalence and predictors of persistent speech sound disorder at eight years old: Findings from a population cohort study.*
- » National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. *Quick Statistics About Voice, Speech, Language.*
- » American Speech-Language-Hearing Association. *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonology- Practice Portal.*



## » GHID PENTRU CORECTAREA SUNETULUI R

Valeria Balaban, Editura Arlequin, 2026

Ca întotdeauna, Valeria Balaban ne surprinde cu o carte utilă, bine documentată și structurată care vine în ajutorul logopezilor, părinților, cadrelor didactice.

Sunetul buclucaș **R** apare cel mai târziu, deoarece necesită maturizarea organelor vorbirii (buze, limbă, corzi vocale) și controlul respirației.

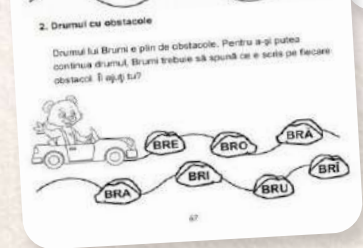
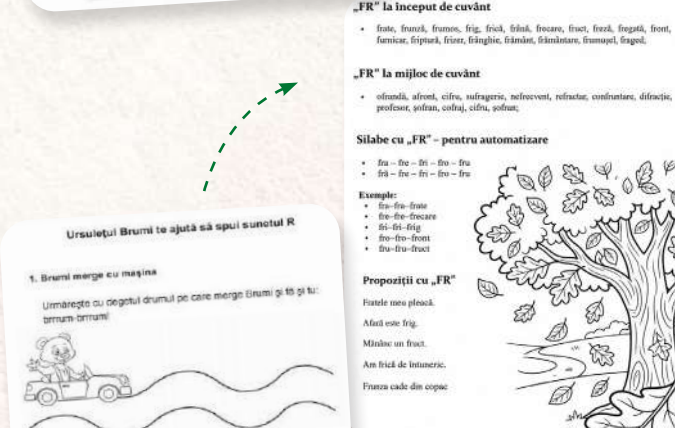
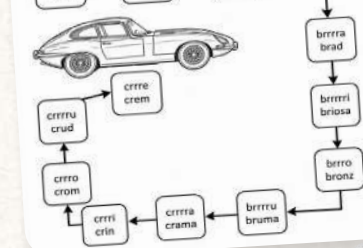
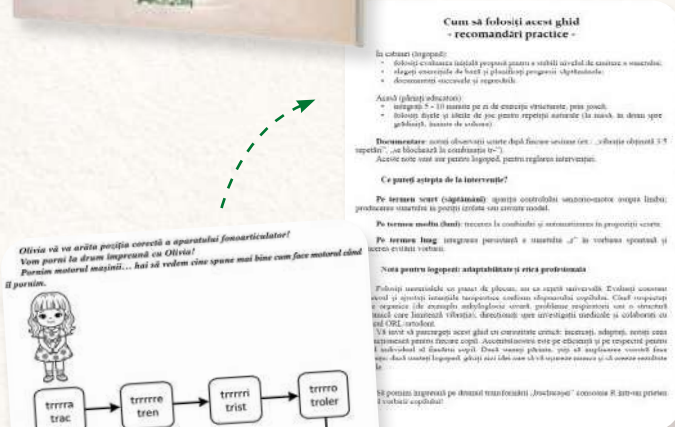
Așa cum spune autoarea, cauzele sunt multiple (organice, funcționale, psiho-sociale), iar formele distorsiunii sunetului **R** sunt variate.

Există trepte ale recuperării sunetului **R**: de la gimnastica fonoarticulatorie, la educarea respirației, derivarea sunetului cu ajutorul altor sunete, până la introducerea cuvintelor cu sunetul **R** în poziție inițială, mediană, finală, apoi fixarea acestuia în propoziții simple, dezvoltate. Urmează o mulțime de pagini-vocabular cu sunetul **R** și cu grupurile consonantice, adesea greu de pronunțat.

Dar ceea ce mi s-a părut genial este organizarea cuvintelor în categorii gramaticale: substantive, adjective, verbe, pronume....

Frământările de limbă și poveștile vin să întregască călătoria în lumea recuperării unui sunet încăpățânat. În cazul în care acest sunet nu este recuperat până la intrarea în școală vor fi și consecințe. La început bullyingul care lasă urme, apoi, când va învăța scrierea copilul adeseori îl va uita pe **R** din compoziția cuvântului.

**Felicitări unei minți sclipitoare!**



## » FIȘE LOGOPEDICE PENTRU CONSOLIDAREA LIMBAJULUI

Monica Mereuță, Editura Sprint, 2026

În această carte se folosește expresia „pașaport pentru sunetul...”. Ideea de pașaport ne conduce la ideea de trecere a unui hotar. Și cred că prin suportul imagistic autoarea reușește să treacă de un anumit zid, dezmoțind interesul copilului pentru corectarea sunetelor afectate. De asemenea, conștientizarea fonologică găsește noi formule (ex.: *ce silabă se găsește în cuvântul regină... Ro, Ra, Re*). Copilul este interesat de super eroi. Invitația de a deveni propriul super erou în construirea limbajului poate să fie incitantă. Cred că este o carte aproape perfectă care poate fi folosită de logopezi, educatori, părinți.

Aș fi introdus un cuprins, astfel fiind mai ușor de găsit sunetul țintă. Eu personal nu am găsit sunetele complexe **ce-ci**, **ge-gi** și nici sunetul **x**. Aceste fișe logopedice vor ajuta copilul care are dificultăți de pronunție să se recupereze mai ușor, cu bucurie.



## » CREIERUL ÎN ERA DIGITALĂ

prov. univ.dr.  
Alexandru Vlad Ciurea, Editura Bookzone, 2026



S-a scris mult despre impactul digitalizării asupra copiilor, adolescenților și adulților. Dar nicăieri nu am găsit o scriere mai echilibrată despre binele și răul născut prin digitalizare ca în această carte.

În telefon stocăm istoria personală: evenimente, date importante, locații. „Telefonul este parte din textura vieții. Este hartă socială, oglindă, tribună, jurnal, sală de jocuri, album, camera secretă și piață publică în același timp”. Există o discrepanță între viteza schimbării tehnologice și inerția biologică a creierului. Chiar dacă există neuroplasticitate creierul nu poate face față suprastimulării senzoriale. Mentea pare capturată. Memoria este externalizată. Sistemele digitale observă modul cum reacționăm la informație, la panourile publicitare și

toate astea se plătesc cu un preț. „Plătim cu timp, cu date personale, cu dispoziție și fragmente de concentrare”. Copilul și adolescentul va fi supus risipirii mentale. „Adolescenții nu au intrat în lumea digitală. S-au trezit în ea”.

Adeseori telefonul este folosit pentru reglare emoțională și inevitabil va conduce la izolare, iritare, oboseală, fragmentarea atenției. Plictiseala, așteptarea, cozile erau momente de relaționare. În acele momente puteau să apară idei noi, să se construiască amintiri.

Datorită mediului digital avem acces rapid la informație, la cursuri, arhive, dar se pierde esența umană. „Creierul este expus în fiecare clipă la mai multă informație decât poate prelucra conștient”. Dacă mintea noastră este inundată cu informații irelevante, câștigul cognitiv dispare. Copilul, tânărul caută nu numai informație, ci și validare și confirmare. Acest lucru poate conduce la frustrare, reacții imprevizibile.

În familie, copilul mic trebuie să își creeze amintiri, să trăiască experiențe noi alături de părinți, să simtă apartenența la nucleu. Să simtă atenția și interesul părinților. „Adultul trebuie să fie curios înainte să fie sever. Nu permisiv. Curios”, adică să înțeleagă lumea copilului, adolescentului.

*Este o carte pe care o recomand fiecărui părinte, cadru didactic. Specialist în diferite terapii.*



# Bucuria toamnei ne aduce împreună!



SĂ NE  
JUCĂM!



## Împreună dăm copiilor voce, joc și viitor.

LOGOS este alături de familii și specialiști,  
și dă, zi pentru zi, lumii în care fiecare copil  
poate comunica, învăța și visa fără limite.

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

