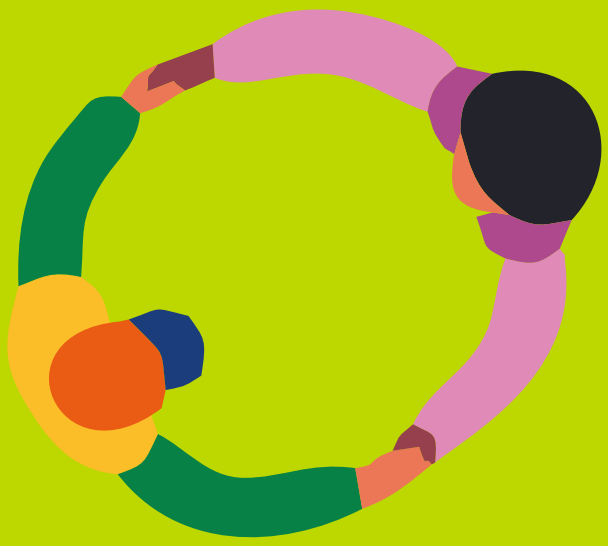
Servicii și programe de suport psihopedagogic pentru persoanele cu dizabilități multiple

Andrea Hathazi
Ioana-Letiția Șerban
(Coordonatoare)



colecția
Educarea persoanelor cu dizabilități multiple

Vol.4

Presa Universitară Clujeană

Servicii și programe de suport psihopedagogic pentru persoanele cu dizabilități multiple

Servicii și programe de suport psihopedagogic pentru persoanele cu dizabilități multiple

Andrea Hathazi

Ioana-Letiția Șerban

(Coordonatoare)

Presa Universitară Clujeană

2026

Colecția *Educarea persoanelor cu dizabilități multiple* este coordonată de Andrea Hathazi.

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Alois Gherguț
Conf. univ. dr. Dana Jucan

ISBN 978-606-37-3094-8

© 2026 Coordonatoarele volumului. Toate drepturile rezervate. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul coordonatoarelor, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@ubbcluj.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro/

Cuprins

Prof. univ. dr. emerit Vasile Liviu Preda
Prefață 7

Andrea Hathazi
Abordări integrate ale suportului și intervenției psihopedagogice în dizabilitatea multiplă 9

Cristian Buică-Belciu
Clasificare și etiologie în surdocecitate/ deficiența senzorială multiplă (SC/DSM) 31

Ovidiu Damian
Structuri și activități preșcolare în alternativa educațională de pedagogie curativă. Grădinița ca serviciu terapeutico-educativ pentru copiii cu dizabilități 56

Mihaela Bujor
Facilitarea dezvoltării integrale a copiilor cu dizabilități multiple prin abordarea metodei învățării active 86

Anelia Cibu
Comunicarea pre-verbală în cazul elevilor cu dizabilități multiple. Repere teoretice și studii de caz 111

Carolina Bodea-Hațegan
Specificul abordării logopedice în contextul dizabilităților multiple. Sindromul Poirier-Bienvenu (POBINDS) 142

Anca Silvia Corcheș
Facilitarea învățării pentru elevii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate prin intermediul resurselor educaționale accesibilizate/adaptate 173

Ioana Letiția Șerban
Abordarea educațională a copiilor cu dizabilități multiple în contextul prezenței dizabilității auditive 205

Carmen Costea-Bărluțiu
Principii ale evaluării și intervenției timpurii bazate pe dovezi și colaborare cu familiile în contextul dizabilităților auditive 227

Mihaela Coca
Rolul profesorului psihopedagog de la terapii și programe de intervenție în (re)abilitarea auditiv-verbală a copiilor cu dizabilități auditive și asociate 257

Cristina Bălaș-Baconschi
Aspecte caracteristice ale profilului cognitiv-lingvistic și comportamental al persoanelor cu tulburare din spectrul autismului, dizabilitate intelectuală și dizabilități senzoriale. Folosirea sistemelor de comunicare augmentative și alternative pentru stimularea abilităților de comunicare 292

Cristina Hosu
Orientarea spațială și mobilitatea la elevii cu dizabilități vizuale cu dizabilități multiple 325

Oana Dănilă și Alexandra Cobzeanu
Adulți cu dizabilități asociate 344

Ioana Tufar
Interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate – de la teorie la praxis 364

Prefață

Volumul de față se înscrie în paradigma interdisciplinarității, reunind contribuții teoretico-praxiologice medicale, psihologice și psihopedagogice din domeniul dizabităților multiple, promovând bunele practici evidențiate atât de practicieni cu experiență, cât și de cercetători sau cadre didactice universitare. Autorii conturează o imagine bio-psiho-pedagogică nuanțată a nevoilor persoanelor cu dizabilitate multiplă. Programele de intervenție psihopedagogică trebuie aplicate de timpuriu, pe baza unui diagnostic medical și psihologic realizat cu teste și probe specifice pentru fiecare tip de dizabilitate multiplă.

Autorii oferă o perspectivă valoroasă și complexă asupra dizabilității multiple, relevând dinamica din ultimele decenii ale abordărilor psihopedagogice, medicale, psihosociale și educaționale. Bunele practici, adaptate fiecărui copil sau tânăr cu deficiențe multiple sunt bazate pe munca în echipă, prin abordări multidsciplinare.

Materialul de față răspunde unei necesități reale din spațiul românesc, aceea de a aduce împreună experiența practicienilor din educație, sănătate și asistență socială, racordată la rezultatele cercetărilor realizate de cadrele didactice universitare. Întâlnirea dintre experințele practicienilor reflexivi și abordările teoretice psihopedagogice oferă cititorului nu doar informații validate științific, ci și repere concrete pentru intervențiile corectiv-compensatorii destinate persoanelor cu dizabilități multiple, pe baza unei evaluări dinamice formative și a programelor educative personalizate. Conceperea și aplicarea unui *program educativ personalizat pentru* copiii cu dizabilitati multiple, de diferite tipuri, grade de complexitate/ gravitate, este rezultatul muncii în echipa multi- și interdisciplinară. Programul educativ personalizat vizează copilul în integralitatea tuturor structurilor și substructurilor personalității, abordarea fiind sistemică.

Un merit deosebit al autorilor constă în capacitatea de a depăși granițele discursului pur teoretic, aducând în prim-plan studii de caz, reflecții critice, bune practici și modele de intervenție validate prin experiență. Astfel, volumul devine nu doar un instrument de informare, ci și un ghid de reflecție și acțiune pentru profesioniștii din educație, psihopedagogie, sănătate și asistență socială, precum și pentru studenți și cercetătorii interesați de acest domeniu.

Din perspectiva unui parcurs academic îndelungat, pot afirma că progresul real în domeniul dizabilității nu se măsoară doar prin politici sau concepte noi, ci mai ales prin capacitatea noastră de a implementa abordări centrate pe persoană, de a susține și respecta demnitatea, potențialul și dreptul fiecărui individ la o viață funcțională, independentă. Din capitolele acestui volum rezultă tocmai această preocupare profund umană, dublată de o rigoare științifică multidisciplinară pentru optimizarea demersurilor psihopedagogice și psihosociale destinate fiecărei persoane cu o formă de dizabilitate multiplă. Totodată, din opiniile exprimate de autori se deduce necesitatea optimizării normelor legislative din domeniul sănătății, educației și protecției sociale din țara noastră, referitoare la persoanele cu dizabiltăți multiple.

Sper ca lucrarea de față să devină un reper util și durabil, să stimuleze dialogul interdisciplinar și să inspire noi demersuri de cercetare și intervenție în beneficiul persoanelor cu dizabilitate multiplă și al familiilor acestora. Un aspect deosebit de valoros al lucrării este promovarea colaborării specialiștilor cu părinții care au copii cu dizabilități multiple. Aceștia nu sunt priviți doar ca beneficiari ai serviciilor specializate, ci ca parteneri indispensabili în procesul educațional și terapeutic. Capitolele volumului transmit un mesaj clar: dezvoltarea copilului cu dizabilitate multiplă este posibilă doar printr-o colaborare autentică între familie și profesioniști, bazată pe respect, încredere și comunicare constantă.

Felicit coordonatorii și autorii acestei cărți pentru contribuția valoroasă la consolidarea unui domeniu psihopedagogic atât de complex, care solicită competență profesională, empatie și responsabilitate.

Prof. univ. emerit, dr. Vasile Liviu Preda
Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca

Abordări integrate ale suportului și intervenției psihopedagogice în dizabilitatea multiplă

Andrea Hathazi

Persoanele cu dizabilități multiple prezintă un tipar unic de dezvoltare, comunicare și învățare ca urmare a complexității interacțiunilor dintre deficiențele, afecțiunile, tulburările pe care le pot manifesta, precum și a nivelelor de severitate diferite, la care se adaugă experiențele de dezvoltare, învățare și comunicare de care au beneficiat (Hathazi, 2024). Dizabilitatea multiplă nu poate fi înțeleasă sau abordată prin simpla însumare a dizabilităților existente, ea necesită o perspectivă integrată, comprehensivă, multidimensională, în care domeniile medical, psihologic, psihopedagogic, educațional și social se intersectează. Persoanele cu dizabilități multiple pot prezenta oportunități reduse privind învățarea directă, spontană, bazată pe imitație și observație, activitățile fiind planificate și structurate în funcție de nevoile de dezvoltare și învățare. Intervențiile psihopedagogice devin, astfel, un reper esențial în procesul de educație, terapie și incluziune, oferind copilului posibilitatea de a-și valorifica potențialul și de a atinge un nivel funcțional de autonomie personală. Intervenția psihopedagogică se fundamentează pe principiul individualizării și flexibilității, dar și pe colaborarea strânsă dintre specialiști (psihopedagogi, psihologi, logopezi, kinetoterapeuți, profesori de sprijin, asistenți sociali și familii), fiind nevoie de o echipă interdisciplinară care facilitează experiențe de învățare semnificative, structurate și continue. În momentul în care specialiștii utilizează o abordare bazată pe nevoi pentru a sprijini învățarea, se realizează identificarea suportului individual necesar pentru fiecare copil în a avea un nivel de acces mai ridicat și angajament în cadrul diferitelor medii (Horn, Kang, 2012). Strategiile educaționale propuse de autori precum

Jan van Dijk (1983, 1986) sau Barbara Miles (1999, 2003) evidențiază specificitatea relației specialist-copil, bazată pe încredere și siguranță, sincronicitate și rezonanță. Jan Van Dijk a evidențiat importanța crucială a dezvoltării unor relații semnificative și a participării active în medii sociale, subliniind că interacțiunea reprezintă o modalitate importantă pentru învățare și dezvoltare, prin co-construirea sensului și a experiențelor interpersonale. Elaborarea unor strategii de intervenție eficiente necesită, prin urmare, o înțelegere profundă a dinamicii interacționale și o adaptare constantă la semnalele unice ale fiecărui copil, valorificând orice formă de expresie ca punct de plecare pentru comunicare (Janssen et al., 2021).

Implicațiile dizabilității multiple se referă la:

- nevoia de a avea politici educaționale adecvate pentru copiii cu deficiențe multiple, care să facă referire la modalitățile de evaluare, dar și strategiile de intervenție psihopedagogică și suport educațional-terapeutic,
- elaborarea și implementarea unui curriculum funcțional, vizând abilitățile de comunicare, socio-emoționale și de viață cotidiană,
- strategii și metode specifice, de la comunicarea co-creativă, la intervenția unu la unu, rutine și întăriri, proximitate și interacțiune, sisteme de comunicare alternative și augmentative, programe de suport comportamental pozitiv,
- materiale motivante, resurse relevante,
- numărul mic de copii într-o grupă,
- competențele cadrelor didactice,
- dezvoltarea programelor educaționale și a planurilor de intervenție individualizate bazate pe o evaluare adecvată, continuă, funcțională, cu valorificarea rezultatelor evaluării sub forma strategiilor, a formulării obiectivelor, a stabilirii conținuturilor;
- atingerea obiectivelor funcționale, cu finalitate asupra independenței și a formării deprinderilor vocaționale funcționale;

- facilitarea incluziunii, cu efecte aupra competențelor sociale și a unei atitudini pozitive, a stimei de sine ridicate a copiilor; dezvoltarea continuă a competențelor profesorilor privind cunoștințele și abilitățile practice de intervenție;
- crearea unui mediu reactiv și responsiv, cu oportunități pentru interacțiune, comunicare, învățare, formarea comportamentelor funcționale, participare activă a copiilor (Hathazi, 2024).

În cadrul intervențiilor psihopedagogice și educaționale, specialiștii vor aborda cunoștințe și abilități, nevoi individuale, interese, profiluri de dezvoltare, caracteristici, iar strategiile vor fi bazate pe abordări naturale, interacțiuni intensive, rutine, suport comportamental pozitiv, sisteme de comunicare alternative și augmentative, tehnologii de acces. Elaborarea planului de servicii personalizat și a planului de intervenție individualizat reprezintă procese prioritare, care implică cunoașterea detaliată a dezvoltării și a specificului dezvoltării în dizabilitatea multiplă. Individualizarea reprezintă procesul prin care se realizează în mod optim raportarea conținuturilor precum auto-determinarea, comunicarea, independența, la nevoile și abilitățile curente, într-un mod semnificativ, luând în considerare ceea ce este cel mai relevant pentru copil și familie, interesele personale, limitările și posibilele obstacole (Horn, Kang, 2012). Implicațiile dizabilității multiple asupra intervenției și educației trebuie să fie identificate și abordate în momentul în care sunt dezvoltate și implementate programele. Aceste implicații se referă la:

- elaborarea și aplicarea unor politici, metodologii și practici educaționale care promovează incluziunea și asigură accesul la un curriculum adaptat profilurilor de dezvoltare, învățare și comunicare ale elevilor,
- desfășurarea activității în echipe interdisciplinare și dezvoltarea unor parteneriate autentice cu părinții;
- realizarea unor evaluări complexe, care să includă nu doar instrumente standardizate, probe de dezvoltare, teste centrate pe

cunoștințe și pe curriculum, ci și evaluări funcționale bazate pe inventare de itemi și fișe de observare;
- valorificarea sistematică a rezultatelor evaluărilor în procesul de proiectare a planurilor de intervenție individualizată, în cadrul cărora sunt definite scopul, obiectivele, conținuturile, strategiile și tehnicile de lucru, precum și criteriile minime de reușită și modalitățile de evaluare;
- identificarea și aplicarea intervențiilor specifice, precum instruirea diferențiată și individualizată, procedeele de promptare și feed-back, utilizarea sistemelor de întărire, precum și integrarea rutinelor și a mediilor naturale în procesul educațional;
- formarea și utilizarea competențelor privind diversele forme de comunicare, înțelegerea implicațiilor comunicării nonverbale, aplicarea tehnicilor de comunicare emergentă bazate pe interacțiune și suport comportamental, evaluarea abilităților comunicative și dezvoltarea competențelor de limbaj și comunicare;
- utilizarea adecvată a resurselor care facilitează participarea și implicarea elevilor în sarcinile de învățare și de lucru;
- gestionarea eficientă a contextelor incluzive, facilitarea relațiilor între colegi și a sprijinului reciproc, precum și planificarea activităților specifice perioadelor de tranziție;
- utilizarea tehnologiei asistive și a sistemelor alternative și augmentative de comunicare pentru a sprijini accesul și participarea elevilor;
- angajarea în procese de dezvoltare profesională continuă, cu scopul dobândirii de competențe în evaluare și intervenție, managementul eficient al clasei, munca în echipă, precum și în elaborarea de documente și resurse educaționale;
- participarea activă în comunități profesionale. (Hathazi, Argyropoulos, 2023).

Guardino, Cannon (2022) propun modelul *Rețelei Interconectate de Suport*, care reprezintă un proces de bune practici educaționale care includ: evaluare, identificare, planificare și plasare, instruire. Evaluarea

presupune identificarea dizabilității, iar la nivel individual, evaluarea formativă la nivelul domeniilor de dezvoltare pentru a determina specificul și modalitățile de instruire. În ceea ce privește etapa de identificare, se va realiza diagnosticul diferențial, identificarea nivelului și domeniului de suport, identificarea suportului necesar în planificarea proceselor pentru determinarea obiectivelor și modificările necesare, împreună cu organizarea mediului cel mai puțin restrictiv. Planificarea și plasarea reprezintă utilizarea abordării centrate pe copil și oferirea celui mai bun program și serviciu. Sunt utilizate tehnicile de evaluare comprehensivă pentru identificarea nevoilor și deciziile instrucționale. Totodată Designul universal pentru învățare facilitează modalitățile multiple de prezentare, angajament, acțiune și exprimare. Instruirea este determinată de abordările educaționale propuse de echipă pentru a veni în întâmpinarea nevoilor elevilor, utilizarea modelului transdisciplinar, care presupune următoarele avantaje: nivel ridicat de colaborare și interacțiune, fragmentare redusă și duplicarea serviciilor, comunicare utilizată și eficiența serviciilor, utilizarea cunoștințelor în mod complementar, maximizarea familiarității profesioniștilor cu copilul și familia.

Strategiile de suport comportamental în contexte educaționale incluzive

Principalele strategii de suport comportamental utilizate pentru facilitarea interacțiunilor sociale între elevi în cadrul mediilor educaționale incluzive, sunt analizate din perspectiva a patru dimensiuni: intervențiile mediate de colegi, suportul comportamental individualizat, organizarea mediului incluziv și formarea abilităților sociale și emoționale.

Incluziunea educațională reprezintă un proces complex, care presupune adaptarea mediului școlar astfel încât fiecare elev, indiferent de particularitățile sale, să poată participa activ la viața comunității școlare. Literatura de specialitate subliniază faptul că strategiile de suport comportamental contribuie nu doar la dezvoltarea competențelor individuale, ci

și la consolidarea relațiilor interpersonale și la crearea unui mediu social favorabil incluziunii (McCarty, Light, 2022; Carter et al., 2022).

Intervențiile mediate de colegi

Intervențiile mediate de colegi constituie una dintre cele mai bine documentate strategii pentru stimularea participării elevilor cu dizabilități multiple în interacțiunile de zi cu zi. Acestea implică instruirea elevilor fără dizabilități pentru a facilita participarea colegilor lor la activități de grup, cum ar fi inițierea jocului, împărțirea materialelor, oferirea de sprijin în comunicare și includerea în conversații, care pot determina o creștere semnificativă a frecvenței interacțiunilor și a dezvoltării abilităților emoționale ca urmare a interacțiunilor împărtășite (McCarty & Light, 2022; Zhang, Lin, 2023). Prin metode de modelare pozitivă și întăriri naturale, copilul cu dizabilități dobândește treptat comportamente sociale funcționale, în timp ce colegii tipici dezvoltă empatie, acceptare și competențe prosociale.

Suportul comportamental individualizat

Planul de suport comportamental va include obiective clare, măsurabile și pozitive, axate pe dezvoltarea interacțiunilor sociale: creșterea frecvenței inițiativelor zilnice, adecvarea răspunsurilor, gestionarea emoțiilor negative în activitățile de grup etc. Strategiile precum feedback-ul verbal, atenția pozitivă sau recompensele naturale, vor fi aplicate consecvent pentru a susține comportamentele dorite și a promova autoreglarea emoțională (PBIS, 2024, Simonsen et al, 2025)

Asigurarea mediului incluziv

Organizarea mediului de învățare și structurarea activităților educaționale au o determinare importantă asupra dinamicii interacțiunilor sociale. Activitățile desfășurate în grupuri mici, sarcinile de lucru comune și spațiile structurate de joc favorizează apropierea, colaborarea și schimburile interpersonale funcționale (Carter et al., 2022).

Dezvoltarea competențelor sociale și emoționale

Copiii cu dizabilități multiple necesită instruire directă și structurată privind abilitățile sociale de bază, cum ar fi menținerea contactului vizual, solicitarea de ajutor, răspunsul adecvat la inițiativele colegilor și gestionarea excluziunii sociale. Programele de formare a acestor abilități pot utiliza metode interactive precum scenariile sociale, jocurile de rol și modelarea video, cu rol determinant în dezvoltarea autoreglării emoționale și a competențelor de relaționare (Garrido et al., 2023). Modelul lui Van Dijk se bazează pe premisa că orice comportament al copilului poate fi interpretat ca o formă de comunicare, iar intervenția trebuie să se concentreze pe decodificarea și răspunsul la aceste semnale (Holzinger et al., 2022). Această abordare impune observarea atentă a fiecărui gest, mișcare sau expresie facială, transformând interacțiunea într-un dialog continuu de adaptare reciprocă (Provenzi et al., 2022). Intervenția devine un proces dinamic de co-creare a înțelesului, unde terapeutul și copilul explorează împreună modalități de a stabili și menține conexiuni comunicative.

Specificul serviciilor de suport

Promovarea unei culturi a sprijinului reciproc, bazată pe cooperare, respect și valorizarea diversității, constituie o formă de suport comportamental la nivel de grup. Studiile recente evidențiază faptul că atitudinile pozitive ale colegilor reprezintă un predictor esențial al frecvenței interacțiunilor și al stării de bine psihosociale a elevilor cu dizabilități (Ling et al., 2025). În acest sens, activitățile de dezvoltare socio-emoțională și programele de mentorat contribuie la reducerea stigmatizării, consolidarea sentimentului de apartenență și crearea unui climat de siguranță.

Strategiile de suport comportamental reprezintă un aspect important în construcția mediilor educaționale incluzive. Intervențiile ecologice, bazate pe colaborare între elevi, personalizarea planurilor de suport și

dezvoltarea competențelor socio-emoționale, vor transforma interacțiunile din clasă în contexte autentice de învățare socială și incluziune.

Serviciile de suport pentru elevii cu dizabilități în context educațional constau în sprijin și atenție suplimentare, suport pentru nevoile speciale, forme specifice de suport utilizate pentru a facilita participarea în activități, rutine și joc, precum și implementarea strategiilor de optimizare a învățării (Ludqvist, Westling Alodi, Siljehag, 2019).

La nivelul asigurării și implementării serviciilor și programelor de sprijin pentru copiii cu dizabilități multiple, experiențele trăite de părinții copiilor confirmă faptul că excluderea și segregarea se manifestă prin interacțiuni negative precum hărțuire, izolare, frecvență limitată, excluziune socială, segregare la nivel de curriculum și participare (Cologon, 2022). Se impune deci cunoașterea aprofundată a modului în care educația pentru copiii cu dizabilități multiple implică înțelegerea implicațiilor acesteia la nivelul mediului fizic prin materiale adaptate, structurarea mediului socio-relațional prin crearea oportunităților de colaborare, joc și interacțiune. Lipsky și Gartner (1999) susțin ideea că modul în care alegem să îi educăm pe elevii cu dizabilități este modul în care vedem dizabilitatea (Cologon, 2022). Conform abordărilor social-constructiviste în învățare, dezvoltarea copilului depinde nu doar de capacitățile înnăscute, dar ea este construită prin valori sociale împărtășite, acces la instituții școlare, tehnologie și alte resurse sociale, fiind importante calitatea sprijinului, precum și oportunitățile create (Leijen, Arcidiacono, Baucal, 2021).

Strategii de sprijin și bune practici în educația persoanelor cu dizabilitate multiplă

Hatlen (1996, 2023) a stabilit un cadru de referință ce cuprinde nouă domenii de intervenții curriculare și psihopedagogice pentru a susține

nevoile de învățare, de dezvoltare, comportamentale ale copiilor cu dizabilități multiple:

1. Strategii de compensare: modalități de comunicare, instruire Braille, utilizare abac și alte mijloace matematice, organizare și abilități de învățare, abilități curriculare.
2. Eficiență senzorială.
3. Tehnologii de acces.
4. Orientare și mobilitate.
5. Abilități de viață cotidiană.
6. Interacțiuni sociale.
7. Activități de petrecere a timpului liber.
8. Educație vocațională.
9. Auto-determinare.

Strategiile de instruire diferențiată reprezintă metodele pe care profesorii le utilizează în predare, modalitățile pe care profesorii le utilizează pentru a oferi oportunități semnificative pentru învățare și dobândirea de achiziții. Instruirea sistematică reprezintă un proces structurat consituit din cinci etape principale (Iovannone, Dunlap, Huber & Kincaid, 2003; Drasgow, Wolery, Halle, Hajiaghamohseni, 2011).

Prima etapă presupune definirea clară a rezultatului dorit al instruirii, formulat într-un mod observabil și măsurabil, pentru a permite profesorului să ia decizii obiective privind apariția comportamentului-țintă.

A doua etapă vizează descrierea detaliată a procedurilor prin care profesorul intenționează să atingă rezultatul instruirii. Aceste proceduri includ, de regulă, sprijinirea elevului în executarea comportamentului dorit, urmată de oferirea unui feedback adecvat privind calitatea performanței. Descrierea procedurilor trebuie să clarifice *când*, *unde*, *ce tip de*, și *cât de frecvent* va fi oferit sprijinul și feedbackul, astfel instruirea devine eficientă atunci când profesorul urmează un plan clar și consecvent, și este ineficientă atunci când acționează fără o strategie bine definită.

A treia etapă constă în aplicarea consecventă a procedurilor. Caracteristicile elevilor cu dizabilități severe indică nevoia de oportunități frecvente de exersare a abilităților, iar consistența în aplicarea metodelor sporește eficiența învățării.

Ultimele două etape implică: (a) colectarea sistematică a informațiilor privind progresul elevului și (b) utilizarea acestor informații pentru a decide dacă procedurile de instruire trebuie continuate sau revizuite.

Implementarea strategiilor educaționale în contextul dizabilității multiple reprezintă o provocare considerabilă pentru specialiști și cercetători (Munde & Zentel, 2020), fiind necesară dezvoltarea strategiilor de instruire individualizate, adaptate nevoilor unice ale fiecărui elev (Modh et al., 2023). Conform principiilor Designului Universal pentru Învățare, instruirea va utiliza o varietate de metode și materiale, inclusiv medii digitale și cărți electronice, pentru a acomoda cerințele diverse ale elevilor cu dizabilități intelectuale (AlRawi & Alkahtani, 2021). O astfel de abordare sistematică este esențială pentru a răspunde nevoilor complexe ale elevilor cu dizabilități multiple, care necesită suport intensiv și intervenții individualizate, resursă umană calificată și servicii specializate (Dell'Anna et al., 2022), ceea ce implică adaptarea continuă a curriculumului și a metodelor de evaluare, asigurând că strategiile didactice sunt personalizate pentru a susține stilurile de învățare individuale și abilitățile fiecărui elev (Pădeanu, 2023) (Poveda Toalombo et al., 2023).

În conformitate cu prevederile *Individuals with Disabilities Education Act* (IDEA), echipa responsabilă de elaborarea *Programului Educațional Individualizat* (IEP) are o serie de responsabilități esențiale în procesul de dezvoltare și implementare a acestuia. Astfel, echipa trebuie să:

- **Elaboreze obiective măsurabile**, menite să asigure progresul elevului în cadrul curriculumului educațional general și să abordeze, totodată, nevoile educaționale care nu sunt incluse în acesta.

- **Identifice strategiile de instruire special concepute** necesare pentru a garanta progresul elevului în cadrul curriculumului general.
- **Determine sprijinul educațional suplimentar și serviciile aferente** necesare pentru ca elevul să învețe împreună cu colegii săi tipici și să poată realiza progrese semnificative în cadrul curriculumului general.
- **Specifice serviciile conexe** de care elevul are nevoie pentru a putea beneficia efectiv de programul educațional oferit.
- **Evalueze capacitatea elevului de a participa la testările standardizate** stabilind dacă acesta poate susține testele fără modificări, dacă necesită adaptări specifice sau, după caz, o formă alternativă de evaluare.

Prin îndeplinirea acestor responsabilități, echipa PIP asigură o abordare educațională individualizată, bazată pe nevoile și potențialul fiecărui elev, în concordanță cu principiile incluziunii și egalității de șanse (Wehmeyer, 2011).

În context incluziv, curriculumul devine mai dificil de elaborat și implementat, fiind nevoie să vizeze atât domeniile de dezvoltare, cât și ariile curriculare, astfel abordarea abilităților funcționale și a rezultatelor școlare devine un proces complex, care necesită a fi structurat și înțeles, la nivel de metode, tehnici și resurse. Din punct de vedere social, dimensiunea interpersonală, la nivelul relațiilor colegiale, a desfășurării activităților bazate pe metoda învățării prin cooperare constituie prioritate, având în vedere oportunitățile limitate pentru activități de grup, învățare indirectă, cooperare. Din punct de vedere comportamental, așteptările sunt legate de autonomie personală, managementul propriei învățări și învățarea autonomă. Strategiile specifice fac referire la modalități de sprijin, analiza de sarcini, instruirea sistematică, intervenții vocaționale, dezvoltare personală și auto-determinare (Kuntz, E. M., & Carter, E. W., 2019). Analiza de sarcini reprezintă o serie de

răspunsuri și etape în finalizarea sarcinii, implicând feed-back, promptare și ghidare, modelare în contextul abordării naturale și a rutinelor. Instruirea sistematică utilizează principiile analizei comportamentale în planificarea și implementarea intervențiilor, fiind vizat un răspuns măsurabil și observabil sau un set de răspunsuri (Spooner, Knight, Browder, & Smith, 2012). Se recomandă utilizarea rutinelor pentru a conștientiza etapele analizei de sarcini, ca activitate într-un context familiar și securizant, cu oportunități de transfer și generalizare, de introducere a unor elemente și conținuturi noi.

Relațiile sociale cu colegii, interacțiunile susținute și continue reprezintă oportunități de învățare, deși factori precum distanțarea și izolarea de colegi, lipsa cunoștințelor privind comportamentele de interacțiune, a modalității reduse de inițiere spontană a unei interacțiuni, a experiențelor anterioare limitate și chiar nereușite, pot determina scăderea inițiativelor. La toate aceste aspecte se adaugă modul pasiv de interacțiune cu adultul, așteptarea interacțiunii acestuia, oferirea de întrebări la răspunsuri, acceptarea inițiativelor adultului și a ghidării acestuia, ceea ce întărește și mai mult individualizarea și dependența de adult, de confirmarea acestuia, de promptarea și feed-back-ul continuu (Brock, M. E., Biggs, E. E., Carter, E. W., Cattey, G. N., & Raley, K. S. (2016). Elevii cu dizabilități multiple participă mai rar la jocuri, conversații și activități de grup, iar contactul cu colegii este adesea scurt sau mediat exclusiv de adult (Lundqvist, 2024). Cauzele acestor dificultăți includ: deficite de comunicare (dificultatea de a înțelege și transmite mesaje sociale); limitări cognitive și senzorio-motorii, care reduc spontaneitatea interacțiunilor și cresc dependența de adult, care, deși necesară, poate înlocui contactul natural cu colegii. La aceste aspect se adaugă lipsa competențelor sociale ale colegilor tipici, care nu știu cum să inițieze sau să mențină relația cu un copil cu dizabilități multiple. Aceste bariere duc adesea la forme de izolare socială pasivă sau activă, diminuând sentimentul de apartenență și stima de sine (Boer et al., 2022).

Interacțiunile sociale reprezintă repere importante ale dezvoltării copilului, o sursă principală de învățare socială, reglare emoțională și construire a identității. În cazul copiilor cu dizabilități multiple, aceste interacțiuni sunt adesea limitate de bariere complexe senzoriale, cognitive, de comunicare sau motorii, care afectează nu doar frecvența contactului cu colegii, ci și calitatea acestuia. Participarea copiilor cu dizabilități multiple în contexte educaționale incluzive are ca scop principal facilitarea participării lor active și semnificative atât în procesul de învățare, cât și în contextele sociale (Grung et al., 2021). Suportul Comportamental Pozitiv reprezintă o abordare prin care se încurajează comportamentele adaptative (Beqiraj et al., 2022), fiind o abordare fundamentată pe principiile analizei comportamentale aplicate, care evidențiază importanța întăririi pozitive pentru dezvoltarea competențelor emoționale și sociale (Santos, 2025), multe studii vizând intervențiile pentru copiii cu tulburări din spectru autist, identificând strategiile eficiente pentru reducerea comportamentelor dificile și promovarea incluziunii (Walker et. Al, 2020, Watkins et al, 2019).

Suportul Comportamental Pozitiv

În mediul educațional incluziv, suportul comportamental devine o componentă importantă pentru facilitarea și menținerea unor interacțiuni semnificative și echilibrate între copilul cu dizabilități și colegii săi. Intervențiile psihopedagogice în planificarea elaborării și implementării planului de suport comportamental includ patru etape: elaborarea suportului comportamental individualizat, identificarea colegilor din aceeași clasă, atribuirea noilor roluri, facilitarea continuă a menținerii suportului și a relațiilor. Comportamentele de sprijin vizează interacțiunea socială (de exemplu salutul, inițierea și menținerea unei conversații, reguli de joc), dar și realizarea împreună a activităților de învățare. Este foarte important ca profesorii, specialiștii să elaboreze un plan al acestui tip de suport comportamental la nivelul interacțiunii, identificând atât

posibilele bariere, cât și oportunitățile și modalitățile concrete de interacțiune și relaționare. Dintre comportamentele care facilitează interacțiunea amintim: promptarea interacțiunii sociale, oferirea de informații, acordarea sprjinului în învățare, realizarea proximității, identificarea strategiilor, discuții intercolegiale, analiza comportamentelor copiilor. Scopul principal al sistemelor suport este de a reduce diferența dintre limitările funcționale ale individului și cerințele mediului, promovând astfel starea de bine și abilitățile funcționale ale persoanei. Sistemele suport utilizate cel mai frecvent în abordarea dizabilității fac referire la oportunitățile de autonomie personală și luare de decizii, mediile incluzive care sprijină participarea, serviciile suport generale care sunt disponibile tuturor persoanelor, servicii suport specializate care includ intervenții, terapii și strategii specializate (Gómez, Schalock, Verdugo, 2021). Promovarea sprijinului reciproc, bazată pe cooperare și respect, este o formă de suport comportamental la nivel de grup. Atitudinile pozitive și disponibilitatea colegilor sunt un predictor esențial al frecvenței interacțiunilor și al stării de bine a elevilor cu dizabilități (Ling et al., 2025). Abordările eco-comportamentale implică strategii comportamentale din cadrul abordărilor naturale. Acestea evidențiază intervențiile din cadrul unor contexte suportive (Halle, Ninness, Ninness, Lawson, 2016). Abordările eco-comportamentale reprezintă o paradigmă intervențională complexă, fundamentată pe principii ale analizei comportamentale aplicate, adaptată pentru a lua în considerare interacțiunile dintre persoană și mediul său în înțelegerea și modificarea comportamentelor adaptative și non-adaptative (Zhang, 2024). Aceste abordări sunt esențiale în contextul dizabilității multiple, unde heterogenitatea deficiențelor, incluzând cele intelectuale, motorii și senzoriale, necesită strategii individualizate și comprehensive pentru a facilita învățarea și dezvoltarea (Munde, Zentel, 2020). Această perspectivă integrează strategii proactive, cum ar fi programarea pozitivă și suporturile focalizate, alături de intervenții reactive, pentru a gestiona eficient comportamentele

problematice și a promova independența funcțională. Astfel, ele se disting prin accentul pus pe evaluarea continuă și pe adaptările educaționale, în funcție de nevoile specifice ale fiecărui copil (Araujo, 2025).

Feed-back-ul oferit include aprecierea performanței în timpul desfășurării activităților sub forma laudelor și a întăririlor pozitive verbale, utilizarea unui sistem de comunicare alternativ și augmentativ prin care se oferă recompense imediate, sunt promptate răspunsurile, se realizează analiza de sarcini, modelarea directă, modelarea video, precum și recompensa întârziată (Gilson, Carter, Biggs, 2017).

Valorificarea acestor interacțiuni presupune identificarea oportunităților de comunicare, a nivelului de participare crescut, a resurselor (Smith, 2019). Suportul comportamental în interacțiunile dintre copilul cu dizabilități multiple și colegii săi reprezintă o strategie sistemică, care determină creșterea nivelul de participare. Frecvența inițiativelor sociale, reducerea comportamentelor dezadaptative, consolidarea relațiilor de prietenie și dezvoltarea unei identități pozitive de sine.

Suportul Comportamental Pozitiv reprezintă un cadru științific și etic de intervenție care îmbină principiile analizei comportamentale aplicate cu orientarea centrată pe persoană și valorizarea calității vieții. Dincolo de reducerea comportamentelor problematice, abordarea pune accentul pe dezvoltarea competențelor funcționale și sociale, pe participarea activă și pe consolidarea contextelor de sprijin susținute. Suportul Comportamental Pozitiv se fundamentează pe un set de valori care definesc atât scopurile intervenției, cât și modalitățile de implementare ale acesteia.

1. **Abordarea proactivă și constructivă.** Componenta proactivă vizează prevenirea apariției comportamentelor dificile prin dezvoltarea abilităților sociale, cognitive și adaptative. Accentul se deplasează de la corectarea comportamentelor indezirabile la *construirea competențelor funcționale* și la *creșterea oportunităților de viață*. Astfel, îmbunătățirea calității vieții devine scopul

principal al intervenției, iar reducerea comportamentelor problematice constituie un efect secundar, rezultat natural al dezvoltării personale.

2. **Sprijin centrat pe persoană.** Abordarea promovează intervenții care respectă demnitatea umană și urmăresc starea de bine fizică, emoțională și socială a individului. Accentul este pus pe validitatea socială a intervențiilor, adică pe relevanța lor percepută de către persoana sprijinită și de către comunitate. Scopul final este îmbunătățirea calității vieții, nu doar gestionarea comportamentului
3. **Abordarea participativă** consolidează coerența intervenției, sporește acceptarea socială și asigură sustenabilitatea procesului de sprijin

Concluzii

Intervențiile psihopedagogice în contextul dizabilității multiple valorifică acordarea sprijinului individual, în contextul unor factori de mediu suportivi. Programele de sprijin individualizate facilitează învățarea, menținerea comportamentelor funcționale, utilizarea rezultatelor învățării în contexte specifice.

Aceste intervenții bazate pe dovezi integrează abordări centrate pe antecedente și pe consecințe pozitive pentru a gestiona eficient comportamentul în sala de clasă (Lawson et al., 2024). Ele pot fi aplicate universal pentru toți elevii sau pot fi direcționate către elevii care necesită sprijin suplimentar, cum ar fi cei care manifestă comportament dificil (Lawson et al., 2024). O altă abordare eficientă la nivel individual o reprezintă intervențiile de auto-reglare, care vizează dezvoltarea abilităților socio-emoționale și comportamentale necesare elevilor pentru a-și gestiona propriile comportamente dificile în mediul școlar (Smith et al., 2022).

Cercetările arată că profesorii pot îmbunătăți comportamentul elevilor și implicarea școlară prin implementarea unor intervenții de

management comportamental la nivelul întregii clase (Collier-Meek et al., 2019; Lawson et. al, 2022). Aceste intervenții, bazate pe dovezi, utilizează strategii centrate pe antecedente și pe consecințe pozitive pentru a regla comportamentele elevilor. Ele pot fi aplicate la un nivel general sau direcționate către elevii care necesită sprijin suplimentar, profesorii stabilesc așteptări comportamentale clare, le reamintesc elevilor și oferă recompense specifice comportamentului atunci când acesta corespunde așteptărilor. Ulterior, se aplică intervenții individualizate, care permit stabilirea de obiective personalizate și consolidarea comportamentelor dezirabile (Lawson et al., 2022).

Prin implicarea elevilor cu dizabilități multiple în activități de grup, prin utilizarea tehnologiilor asistive și prin dezvoltarea competențelor de comunicare alternativă, se facilitează participarea activă a acestora la viața comunității școlare.

În același timp, familia exercită un rol esențial în eficiența demersurilor educaționale și terapeutice. Sprijinul emoțional oferit copilului, consecvența în aplicarea strategiilor educaționale la domiciliu și colaborarea permanentă cu specialiștii contribuie semnificativ la consolidarea progresului și la prevenirea stagnării dezvoltării. Din acest motiv, programele moderne de intervenție psihopedagogică includ componenta de consiliere parentală și instruirea părinților în utilizarea unor tehnici accesibile de comunicare și stimulare.

Astfel, intervențiile psihopedagogice destinate persoanelor cu dizabilități multiple trebuie abordate nu ca un ansamblu de metode disparate, ci ca un proces sistemic, dinamic și centrat pe persoană, orientat spre dezvoltarea globală – cognitivă, emoțională, socială și adaptativă. Acestea presupun o fundamentare științifică solidă, empatie, creativitate și capacitatea de a transforma fiecare experiență educațională într-o oportunitate de evoluție personală și socială.

Bibliografie

AlRawi, J. M., & Alkahtani, M. A. (2021). Universal design for learning for educating students with intellectual disabilities: a systematic review [Review of *Universal design for learning for educating students with intellectual disabilities: a systematic review*]. *International Journal of Developmental Disabilities*, *68*(6), 800. Taylor & Francis. https://doi.org/10.1080/20473869.2021.1900505

Araujo, A. C. I. de. (2025), Inclusion of students with autism spectrum disorder in early childhood education. Assessment and intervention through applied behaviour analysis, *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, *11*(9), 495–506. https://doi.org/10.51891/rease.v11i9.20897

Beqiraj, L., Denne, L. D., Hastings, R. P., & Paris, A. (2022). Positive behavioural support for children and young people with developmental disabilities in special education settings: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *35*(3), 719–735. https://doi.org/10.1111/jar.12989

Boer, A. de, Pijl, S. J., & Minnaert, A. (2022). *Social participation of students with disabilities in inclusive education: A review of research.* European Journal of Special Needs Education, 37(2), 185–203.

Brock, M. E., Biggs, E. E., Carter, E. W., Cattey, G. N., & Raley, K. S. (2016). Implementation and generalization of peer support arrangements for students with severe disabilities in inclusive classrooms. The Journal of Special Education, 49, 221-232. doi:10.1177/0022466915594368

Carter, E. W., Sisco, L. G., & Chung, Y. (2022). *Peer interctions and social competence in inclusive classrooms.* Exceptional Children, 88(3), 451–467.

Collier-Meek, M. A., Johnson, A. H., Sanetti, L. H., & Minami, T. (2019). Identifying critical components of classroom management implementation. School Psychology Review, 48(4), 348–361. https://doi.org/10.17105/SPR-2018-0026.V48-4

Cologon, K. (2022). Is inclusive education really for everyone? Family stories of children and young people labelled with 'severe and multiple'or 'profound' 'disabilities'. *Research Papers in Education*, *37*(3), 395-417.

Dell'Anna, S., Pellegrini, M., Ianes, D., & Vivanet, G. (2022). Learning, social, and psychological outcomes of students with moderate, severe, and complex disabilities in inclusive education: A systematic review. *International Journal of Disability, Development and Education*, *69*(6), 2025–2041. https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1843143

Drasgow, E., Wolery, M., Halle, J., & Hajiaghamohseni, Z. (2011). Systematic instruction of students with severe disabilities. In J. Kauffman M., & D. P. Hallahan (Eds.), Handbook of special education (pp. 516-531). New York: Routledge.

Gilson, C. B., Carter, E. W., & Biggs, E. E. (2017). Systematic review of instructional methods to teach employment skills to secondary students with intellectual and developmental disabilities. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities, 42, 89-107. doi:10.1177/1540796917698831

Garrido, D., & Martínez, M. (2023). *Teaching social communication to children with multiple disabilities: The role of video modeling*. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 35(1), 89–104.

Gómez, L. E., Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2021). A quality of life supports model: Six research-focused steps to evaluate the model and enhance research practices in the field of IDD. *Research in Developmental Disabilities*, *119*, 104112.

Grung, R. M., Odrowąż-Coates, A., Tah, J. K., Maloret, P., Kiss, J., & Orțan, F. (2021). The response to challenging behavior as a barrier to social inclusion Erasmus+ project participants' perspectives on policy and practice. *Society Register*, *5*(3), 37. https://doi.org/10.14746/sr.2021.5.3.03

Guardino, C., Cannon, J.E. (2022), Cycles of Support and Tenets of Effective Practice for Learners who are Deaf and Hard of Hearing with Disabilities in Guardino, C., Cannon, J.E, Paul P.V. (2022), Deaf and Hard of Hearing Learners with Disabilities Foundations, Strategies and Resources, Rutledge, New York.

Hathazi, A. (2024), Strategii de intervenție psihopedagogică în dizabilitatea multiplă, în Alois Gherguț, Adrian Roșan (2024), Terapii și intervenții psihopedagogice la personae cu cerințe speciale, Iași, Editura Polirom, pp. 373-388.

Hathazi, A., Argyropoulos, V. (2023), The Role of Inclusive Teaching and Creating Learning Experiences for Children with Visual Impairments and Multiple Disabilities in. Halder, S., Dada, S., & Banerjee, R. (Eds.). (2023). The Routledge Handbook of Inclusive Education for Teacher Educators: Issues, Considerations, and Strategies (1st ed.). Routledge India. https://doi.org/10.4324/9781003266068

Halle, S., Ninness, C., Ninness, S. K., & Lawson, D. (2016). Teaching social skills to students with autism: A video modeling social stories approach. Behavior and Social Issues, 25, 42-63. doi:10.5210/bsi.v25i0.6190

Hatlen, P. (1996). The core curriculum for blind and visually impaired students, including those with additional disabilities. *RE: view*, *28*(1), 25-32.

Holzinger, D., Hofer, J., Dall, M., & Fellinger, J. (2022). Multidimensional family-centred early intervention in children with hearing loss: A conceptual model. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(6), Article 1548. https://doi.org/10.3390/jcm11061548

Horn, E., & Kang, J. (2012). Supporting young children with multiple disabilities: What do we know and what do we still need to learn?. *Topics in early childhood special education*, *31*(4), 241-248.

Leijen, Ä., Arcidiacono, F., & Baucal, A. (2021). The dilemma of inclusive education: inclusion for some or inclusion for all. *Frontiers in Psychology*, *12*, 633066.

Iovannone, R., Dunlap, G., Huber, H., & Kincaid, D. (2003). Effective educational practices for students with autism spectrum disorders. Focus on autism and other developmental disabilities, 18(3), 150-165.

Janssen, M. J., Hartshorne, T. S., & Wittich, W. (2021). Editorial: Development, Well-being, and Lifelong Learning in Individuals With a Dual Sensory Loss. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.790549

Jameson, J. M., McDonnell, J., Polychronis, S., & Riesen, T. (2008). Embedded, constant time delay instruction by peers without disabilities in general education classrooms. Intellectual and Developmental Disabilities, 46, 346- 363. doi:10.1352/2008.46:346-363

Kuntz, E. M., & Carter, E. W. (2019). Review of interventions supporting secondary students with intellectual disability in general education classes. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, *44*(2), 103-121.

Lawson, G.M., Owens, J.S., Mandell, D.S. *et al.* Barriers and Facilitators to Teachers' Use of Behavioral Classroom Interventions. *School Mental Health* **14**, 844–862 (2022). https://doi.org/10.1007/s12310-022-09524-3

Lawson, G. M., Owens, J. S., Mandell, D. S., Tavlin, S., Rufe, S., Depa, A., Lyon, A. R., & Power, T. J. (2024). A Community-Partnered Research Process for Implementation Strategy Design: Developing Resources to Support Behavioral Classroom Interventions. *School Mental Health*, *16*(3),710. https://doi.org/10.1007/s12310-024-09669-3

Ling, W., Wang, D., Xu, X., Zhu, D., Wu, X., & Zhang, L. (2025). The association between empathy ability and attitudes toward children with disabilities in inclusive physical education classes among primary students: the mediating role of friendship quality. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1531002.

Lundqvist, J., Westling Allodi, M., & Siljehag, E. (2019). Values and needs of children with and without special educational needs in early school years: A study of young children's views on what matters to them. *Scandinavian Journal of Educational Research*, *63*(6), 951-967.

McCarty, T. V., & Light, J. C. (2022). *Supporting Peer Interactions for Students with Complex Communication Needs in Inclusive Settings.* Perspectives on Augmentative and Alternative Communication, 7(1), 229-244.

Miles, B. (1999). *Remarkable Conversations: A Guide to Developing Meaningful Communication with Children and Young Adults Who Are Deafblind* (with Marianne Riggio). Open Library+2Goodreads+2

Miles, B. (2003). *Overview on Deaf-Blindness.* DB-LINK

Modh, C., Öhrvall, A., & Nilsson, L. (2023). Assessing the Tool-Use Learning Process in Persons with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. *Disabilities*, *3*(4), 477. https://doi.org/10.3390/disabilities3040030

Munde, V., & Zentel, P. (2020). Evidence-Based Practices for Teaching Learners with Multiple Disabilities. In *Oxford Research Encyclopedia of Education*. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.1202

Pasley, M., & Kelly, S. M. (2024). Special education of students with visual impairments: Advancing values. In *Special Education: Advancing Values* (pp. 87-104). Emerald Publishing Limited.

Pădeanu, L. (2023). Differentiated teaching-learning-assessment of students with disabilities in mainstream education. *Review392 of Psychopedagogy*, *12*(1), 127. https://doi.org/10.56663/rop.v12i1.64

PBIS (2024). *Students with Disabilities: PBIS Implementation Guidance.* Positive Behavioral Interventions and Supports Technical Assistance Center. www.pbis.org

Poveda Toalombo, Ángel S., Pérez Veloz, M. C., Sánchez Regalado, C. M., & Guillén Muñoz, E. M. (2023). Educación inclusiva: adaptaciones curriculares para estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad física, visual, intelectual y déficit de atención, un cambio estructural en la práctica educativa. ConcienciaDigital, 6(1.3), 20-38. https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v6i1.3.2501

Provenzi, L., Gori, M., Maffongelli, L., & Signorini, S. (2022). Editorial: Understanding the socio-emotional and socio-cognitive developmental pathways in children with sensory impairment. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1118451

Sacks, S., & Zatta, M. C. (Eds.). (2016). *Keys to educational success: Teaching students with visual impairments and multiple disabilities*. AFB Press.

Santos, P. R. B. dos. (2025). Estratégias de Reforço Positivo em ambientes escolares: Impactos no comportamento dos alunos. *Research Society and Development*, *14*(3). https://doi.org/10.33448/rsd-v14i3.48476

Simonsen, B., Everett, S., Peterson, N., & Robbie, K. (2025). Classroom Positive Behavioral Interventions and Supports (PBIS). In *Handbook of Positive Behavior Support* (pp. 161-174). Cham: Springer Nature Switzerland.

Smith, M. M. (2019). Innovations for supporting communication: opportunities and challenges for people with complex communication needs. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *71*(4), 156-167.

Smith, T. E., Thompson, A. M., & Maynard, B. R. (2022). Self-management interventions for reducing challenging behaviors among school-age students: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, *18*(1), Article e1223. https://doi.org/10.1002/cl2.1223

Spooner, F., Knight, V. F., Browder, D. M., & Smith, B. R. (2012). Evidence-based practice for teaching academics to students with severe developmental disabilities. *Remedial and Special Education*, *33*(6), 374-387.

van Dijk, J. (1983). *Rubella handicapped children: The effect of bilateral cataract and/or hearing impairment on behavior and learning*. Swets & Zeitlinger.

van Dijk, J. (1986). An educational curriculum for deaf-blind multi-handicapped persons. In D. Ellis (Ed.), *Sensory impairments in mentally handicapped people* (pp. 374–382). College-Hill Press.

Walker, V. L., Coogle, C. G., Lyon, K. J., & Turf, M. (2021). A meta-analytic review of paraprofessional-implemented interventions for students with autism spectrum disorder. *Psychology in the Schools*, *58*(4), 686-701.

Wehmeyer, M. L. (2011). Access to General Education Curriculum for Students with Significant Cognitive Disabilities. In *Handbook of special education* (pp. 546-558). Routledge.

Zhang, Y. (2024). Feasibility, contributions, and challenges of integrating applied behaviour analysis techniques into mainstream classrooms. *Curriculum and Teaching Methodology*, *7*, 21-27.

Zhang, Y., & Lin, H. (2023). *Peer-mediated social interaction interventions for students with intellectual and developmental disabilities: A meta-analysis.* Research in Developmental Disabilities, 135, 104216.

Zimmerman, K.N., Torelli, J.N. & Chow, J.C. Planning Positive Reinforcement Cycles in Behavior Intervention Plans. *Behav Analysis Practice* **15**, 924–937 (2022). https://doi.org/10.1007/s40617-021-00663-8

Clasificare și etiologie în surdocecitate / deficiența senzorială multiplă (SC/DSM)

Cristian Buică-Belciu

Definirea Surdocecității (SC)/ Deficienței senzoriale multiple (DSM) depinde de abordarea care predomină în comunitatea (națională, profesională, educațională etc.) la care facem referire, și care poate oscila între accepția restrictivă (însemnând doar surdocecitate pură) și cea extensivă (incluzând dizabilități asociate). Există multe varietăți de SC/DSM, atât în funcție de diversele combinații ale deficiențelor implicate, cât și de evoluția acestora în timp. În general, distingem între:

a) SC/DSM congenitală, atunci când deficiențele sunt prezente încă de la naștere, și
b) SC/DSM dobândită, atunci când deficiențele apar ulterior.

Deși pare o distincție dihotomică simplă, în realitate nu este aplicabilă, deoarece există situații în care cauza este de natură genetică, dar deficiențele senzoriale se manifestă mai târziu (în adolescență, de pildă), ori când deficiențele sunt cauzate de accidente în timpul perioadei perinatale (cum ar fi, de exemplu, traumatisme craniocerebrale survenite în urma unor manevre obstetricale improprii). Poate că o astfel de distincție este utilă în sistematizarea unor cunoștințe teoretice, însă în practică are prea puțină relevanță. Efectele negative profunde ale instalării SC/DSM asupra limbajului și comunicării, ca urmare a contractării unei boli infecțioase (e.g. meningită, scarlatină) la o vârstă timpurie, nu sunt esențial diferite de cele manifestate la copiii care se nasc cu deficiențe senzoriale multiple. Pe de altă parte, deteriorarea semnificativă a performanțelor vizuale și auditive la vârsta a treia face ca vârstnici care toată viața nu au necesitat servicii asistive specializate să devină eligibili pentru acestea.

Ceea ce încercăm să spunem este că o clasificare de manual a SC/DSM este inoperantă în situații cotidiene de viață ori în contexte educațional-recuperative concrete. Aceste clasificări sunt necesare din punct de vedere diagnostic și administrativ (cum este cazul comisiilor de evaluare), dar prea puțin utile în evaluarea funcțională și elaborarea planului de intervenție personalizat. SC/DSM, în acest context, ridică o provocare continuă intervenienților atât în proiectarea și furnizarea activităților educațional-recuperative optime, cât și în raportarea cât mai precisă la criterii și condiții impuse de diverse instituții publice și documente legale.

Ținând cont de aceste precizări, există mai multe situații posibile în practică:

1. Copil cu surdocecitate înnăscută, de natură genetică, ale cărei manifestări devin evidente mai târziu (e.g. sindromul Usher);
2. Copil cu dezvoltare senzorială normală, dar care își pierde auzul și vederea înainte de vârsta de doi ani;
3. Copil cu restant auditiv și vizual bun, dar insuficient valorificat prin protezare auditivă și corecție vizuală (cu ochelari);
4. Copil cu surditate congenitală, dar cu restant vizual suficient de bun pentru permite însușirea limbajului și a comunicării prin labiolectură și mimicogestualitate într-o manieră naturală;
5. Copil cu surdocecitate profundă și hiperestezie tactilă, refractar la atingere;
6. Copil cu deficit senzorial dual ușor, dar cu deficiențe cognitive asociate, care impietează grav asupra învățării senzoriale și a însușirii limbajului verbal oral;
7. Tânăr cu afectare senzorială multiplă în urma unui traumatism violent (e.g. explozie, accident de automobil) sau a unei afecțiuni medicale acute;
8. Vârstnic cu prezbiopie și prezbiacuzie, suferind de o maladie neurodegenerativă etc.

Etiologia incriminată este, de regulă, similară celei care determină deficiențele congenitale de auz sau de vedere, însă în circa o cincime din cazuri nu poate fi precizată. Studii efectuate în S.U.A. și în Marea Britanie

au indicat existența a peste șaptezeci de cauze cunoscute (congenitale și dobândite)[1]. În timp, atât datorită acțiunilor de prevenție, cât și vaccinării pe scară largă, unele boli infecțioase, precum rubeola, au încetat a fi surse importante ale SC/DSM. La fel, monitorizarea sistematică a gravidelor și asistența calificată la naștere au redus cazurile de prematuritate, precum și accidentele din perioada perinatală. Conform recensământului copiilor cu surdocecitate, desfășurat anual în S.U.A. (citând date disponibile din 2018)[2], principalele cauze ale SC/DSM sunt:

I. *factorii ereditari* (44,8%);
II. *factorii prenatali congenitali* (13,9%);
III. *factorii postnatali non-congenitali* (11,6%);
IV. *complicații ale prematurității* (10,5%); respectiv
V. *cauze necunoscute* (19,2%).

Sindroamele cel mai frecvent răspunzătoare de apariția SC/DSM sunt CHARGE (22%), Usher (7%) și Down (6%). Per ansamblu, însă, 65% din cazurile de SC/DSM de sorginte ereditară nu sunt consecința acestor trei sindroame, contribuind la caracterul eterogen al deficiențelor senzoriale multiple. Între cauzele prenatale ale surdocecității fără origine ereditară, citomegalovirusul (CMV) reprezintă circa o cincime (21%), în timp ce rubeola (CRS) a scăzut ca incidență la 5%, ca urmare a vaccinării și a măsurilor de profilaxie[3]. Microcefalia (18%), respectiv hidrocefalia (15%) dețin procente importante. Asfixia mecanică (18%), meningita (16%), traumatismul cranio-cerebral sever (15%) și encefalita (6%) sunt cauze importante ale SC/DSM dobândite prin efectele pe care le au la nivelul zonelor de proiecție corticală ale analizatorilor vizual și auditiv (Schalock, 2018).

---

[1] Unele sunt extrem de rare, ca de exemplu boala Batten, sindromul Prader-Willi și sindromul Kearns-Sayre (mai puțin de cinci cazuri identificate din 9904 persoane cu SC/DSM, cu vârste cuprinse între 0 și 21 de ani). Apud https://www.nationaldb.org/products/national-child-count/report-2018/etiologies/ (27.09.2020).

[2] Cf. https://www.nationaldb.org/media/doc/2018_National_Deaf-Blind_Child_Count_Report_FINAL_a.pdf (30.08.2020).

[3] V. *Screening test TORCH* (toxoplasmoză, rubeolă, citomegalovirus, herpes simplu, altele – HIV, siflis).

Sindromul CHARGE

Sindromul Hall-Hittner a fost descris în anul 1979 (în mod independent) de către Bryan D. Hall, respectiv H. Hittner și colaboratorii săi. Prevalența acestuia este de 1:8.500 sau de 1:10.000. „Asociația CHARGE" (creată în 1981) reprezintă un acronim (în limba engleză) al principalelor tulburări caracteristice:

C: *coloboma* (colobom[4]). *Colobomul irian* reprezintă o anomalie a dezvoltării fibrelor zonulare constând într-o lipsă de substanță, în special în partea inferioară a irisului, în proporții variind între o treime și o șesime din suprafața acestuia. Pupila capătă un aspect specific de „gaură de cheie". Fotofobia este una din consecințele colobomului. *Colobomul corioretinian* se caracterizează prin absența unei părți a membranei coroide și a retinei. *Colobomul de nerv optic* (sau sindromul Morning Glory[5]) determină aspectul de pâlnie al capătului distal al nervului optic, cu un punct alb în centru, un inel pigmentar supraînălțat în jurul discului optic și vase sangvine radiind de la inel către exterior sub forma unor spițe. Reflexia luminii poate da aparența unei pupile albe.

H: *heart* (tetralogia Fallot[6]): defectele cardiace pot fi diverse. Câteodată, acestea se rezolvă de la sine, dar intervenția chirurgicală este de multe ori necesară, mai ales la scurt timp după naștere. Afectează 75-80% dintre nou-născuții cu sindrom CHARGE.

A: *atresia* (atrezie choanală unilaterală sau bilaterală): blocarea comunicării nazofaringiene, cauzate de formarea unei membrane ce împiedică pătrunderea aerului în timpul inspirației nazale. Intervenția chirurgicală este obligatorie imediat după naștere pentru a dezobstrua cele două canale nazale posterioare.

R: *retardation* (retard în creștere și/sau dezvoltare): întârzierea devine evidentă la maturitate. Mare parte a persoanelor cu sindrom CHARGE se situează, comparativ cu criteriile de vârstă, sub percentila 30 a dezvoltării

[4] Din grecescul *koloboma*: „tăiat scurt", „mutilat".

[5] Datorită asemănării cu floarea cu același nume (din familia *Convolvulaceae*).

[6] Defect septal, stenoza arterei pulmonare, malpoziție a aortei și hipertrofierea ventriculului drept.

fizice normale. Sunt mulți factori care duc la apariția acestui retard, incluzând aici dificultăți severe de hrănire, reflux gastroesofagian, probleme respiratorii (pneumopatii infecțioase) ce necesită multiple intervenții terapeutice și impun spitalizări repetate și prelungite; poate apărea dizabilitate intelectuală, variind de la ușoară până la profundă.

G: *genital* (hipoplazie genitală): subdezvoltare sau dezvoltare incompletă a organelor genitale externe, mai ales la băieți. Atât bărbații cât și femeile suferă de disfuncții hormonale.

E: *ear* (anomalii auriculare și cofoză): anomalii ale urechii externe (dimensiuni și forme neobișnuite ale pavilionului), medii (malformații osoase sau otite cronice) și/sau interne (cu afectarea predominantă a frecvențelor înalte). Pierderea auditivă cea mai des constatată este de tip mixt, iar în unele cazuri pot exista probleme centrale de procesare, foarte greu de depistat, deoarece acestea se suprapun peste alte probleme de auz[7].

Pot fi decelate anomalii ale nervilor cranieni, de regulă asimetrice, cum ar fi cele ale nervilor olfactivi (având ca efect anosmia), ale nervilor faciali (ceea ce conduce la paralizii faciale), ale nervilor IX, X (vag) și XI (generând probleme de deglutiție, reflux gastroesofagian și aspirație velofaringiană) (Blake și Prasad, 2006).

La aceste caracteristici tipice, observabile la persoanele cu sindrom CHARGE, se adaugă și alte trăsături, precum: malformații maxilare și palatale, deficiențe renale, malformații ale esofagului, laringelui sau traheei, întârzieri și anomalii în dezvoltarea dentiției, dimensiune anormală a limbii, malformații sau absența canalelor semicirculare cohleare, cu efecte negative asupra echilibrului și posturii. Deși au fost evidențiate în unele cazuri aberații genetice, deficite cromozomiale sau efecte de denaturare determinate de efectul toxic al unor compuși chimici (pesticide, fungicide) în perioada embrionară, cauzele exacte ale declanșării

[7] http://chargesyndrome.org/about-charge.asp (accesat 27.02.2012)

sindromului CHARGE rămân doar prezumate[8]. În ultimii ani au fost constatate mutații ale genei CHD7 care corespund fenotipului sindromului CHARGE (Vissers et al., 2004; Sanlaville și Verloes, 2007). Copiii cu sindrom CHARGE au manifestări asemănătoare celor descrise în tulburarea de spectru autist, lipsindu-le interesul pentru interacțiuni sociale, preferând activități solitare. Totuși, aceste comportamente nu sunt refractare la activitățile de socializare. Deși limbajul suferă întârzieri majore în dezvoltare (datorate atât deficienței senzoriale duale, cât și anomaliilor nervilor cranieni), stilul exprimării orale este cel al unei persoane cu inteligență normală. Preocupările lor nu sunt restrânse ca repertoriu sau interese și nici nu au caracter neobișnuit, așa cum se întâmplă în autism; limitările sunt generate de handicapul senzorial dual și de problemele de sănătate (Graham, Rosner, Dykens și Visootsak, 2005).

Sindromul Usher

Maladie ereditară, descoperită de Von Gräffe în 1858[9] și descrisă în 1914 de către oftalmologul scoțian Charles H. Usher[10], se manifestă prin deficiență de auz de percepție (de la hipoacuzie, la cofoză) și retinopatie pigmentară (caracterizată prin hemeralopie, îngustare concentrică a câmpului vizual, scădere progresivă ireversibilă a acuității vizuale și, în final, atrofie optică și cecitate). Au fost identificate și descrise trei tipuri (v. prezentarea comparativă de mai jos), primele două fiind și cele mai frecvente (90-95% dintre cazuri)[11].

[8] http://ghr.nlm.nih.gov/condition/charge-syndrome (accesat 27.02.2012)

[9] Von Gräffe, A. (1858). Exceptionelles verhalten des Gesichtsfeldes bei pigmententartung der Netzhaut. *Archiv für Ophthalmologie*. 4, 250-253

[10] Usher, C. H. (1914). On the inheritance of retinitis pigmentosa, with notes of cases. *Royal Londra Ophthalmological Hospital Reports*, *14*, 130-136.

[11] Apud (2002). *Sindromul Usher*. București: Semne.

Sindrom Usher	**Tip I**	**Tip II**	**Tip III**
Vârsta apariției pierderii de auz	0 – 2 ani	0 – 6 ani	10 – 40 ani
Evaluarea audiologică (audiogramă)	Surditate severă și profundă	Hipoacuzie sau surditate profundă (frecvențe înalte)	Hipoacuzie progresivă sau surditate severă
Evaluarea vestibulară (testul bitermal caloric)	Absența funcționalității vestibulare	Funcție vestibulară normală, nistagmus posibil	Manifestări variabile
Vorbirea	Neinteligibilă	Inteligibilă	Inteligibilă
Retinopatie pigmentară	Prezentă	Prezentă	Prezentă
Electroretinografie	Reactivitate redusă	Reactivitate redusă	Reactivitate redusă

Sindromul Usher este o maladie genetică determinată de un grup eterogen de mutații autozomale recesive, având drept consecință apariția unei hipoacuzii congenitale asociate cu retinopatie pigmentară progresivă (*retinitis pigmentosa*). Este cunoscut drept cauză majoră a SC la adulți, afectând între 3-6% din populația născută cu deficiență auditivă. Acesta este transmis de ambii părinți doar dacă amândoi posedă aceleași gene recesive. Ei pot fi purtători ai acelorași gene autozomale recesive sau pot avea ei înșiși sindrom Usher, fără a manifesta vreun simptom, motiv pentru care deseori află acest lucru abia când copilul lor este diagnosticat cu sindrom Usher. Modalitatea de transmitere a sindromului este următoarea:

- dacă o persoană cu sindrom Usher se căsătorește cu o persoană care are același sindrom, este de așteptat ca toți copiii lor să moștenească sindromul;
- dacă o persoană cu sindrom Usher se căsătorește cu una care nu are această maladie, este puțin probabil ca descendenții lor să dezvolte boala, rămânând însă purtători.

Anumite gene au fost identificate drept cauze ale manifestării sindromului Usher: cinci pentru tipul I (USH1), trei pentru tipul II (USH2) și una pentru tipul III (USH3) (Pieke Dahl et al., 1993). Proteinele specifice USH1 și USH2 sunt integrate într-o rețea proteică cunoscută ca *interactomul Usher*. Multe dintre proteinele specifice sindromului Usher interacționează cu alte proteine prezente atât în urechea internă, cât și în retină (Millán et al., 2011). Prevalența sa este de 1:6.000.

Sindromul Usher tip I (USH1) reprezintă forma cea mai severă, copiii suferind de pierdere de auz neurosenzorială congenitală profundă sau severă. Deoarece se nasc surzi sau cu resturi auditive doar pe parcursul primului an de viață, ei nu învață să vorbească. Disfuncțiile vestibulare constante sunt prezente de la naștere, iar copiii manifestă întârzieri în dezvoltarea motorie, motiv pentru care șed fără sprijin și încep să meargă la o vârstă mai târzie decât copiii cu dezvoltare normală. Retinita pigmentară (RP) debutează încă din copilărie, conducând la restrângerea progresivă a câmpului vizual concomitent cu diminuarea progresivă a acuității vizuale (prima afectată fiind vederea nocturnă, ceea ce duce la nictalopie). Anomalii ale potențialelor electrice evocate la stimulul luminos ale retinei pot fi detectate prin electroretinografie de la vârsta de doi-trei ani, permițând precizarea diagnosticului de stare, dar și a celui diferențial (cu sindromul Usher tip II, la care debutul retinitei pigmentare este tardiv). USH1 este endemic în populația Cajun din Louisiana, S.U.A. (Melancon, 2000). Grupul etnic de origine franco-canadiană a fost silit de către britanici în secolul al XVIII-lea să părăsească regiunea Acadia din Québec și s-a stabilit în cele din urmă în sudul Louisianei. Din cauza endogamiei, în anumite parohii, 15 până la 20% dintre copii au sindrom Usher (Melancon, 2000).

Sindromul Usher tip II (USH2) are drept specific debutul întârziat și moderat al pierderii de auz. Astfel, deși deficiența de auz este neurosenzorială congenitală, restantul auditiv variază de la moderat pentru frecvențele joase până la sever pentru cele înalte (cu tendință de stabilizare); din acest motiv, comunicarea verbală este posibilă în copilărie, în special cu protezare auditivă. Pierderea de auz poate apărea între prima și cea

de-a treia decadă de viață. Funcția vestibulară este normală, dar poate fi prezent nistagmusul. Debutul retinitei pigmentare (nictalopie, restrângere progresivă a câmpului vizual și scăderea acuității vizuale centrale) se constată fie în timpul pubertății, fie mai târziu, în cursul adolescenței. Dacă USH1 deține o treime din numărul cazurilor de pacienți cu sindrom Usher, USH2 acoperă aproximativ restul de două treimi.

Sindromul Usher tip III (USH3) este foarte rar (se întâlnește mai ales la finlandezi și la evrei aşkenaziți) (Ness et al, 2003; Plantings et al., 2006) și se remarcă prin faptul că pacienții prezintă auz normal la naștere. Ulterior, deficitul de auz devine similar celui din USH2, cu pierderi majore în cazul recepției frecvențelor înalte. Rata de progresie variază, dar, în cele mai multe cazuri, se ajunge la surditate profundă. Totuși, nivelurile acceptabile ale restantului auditiv din copilărie permit achiziționarea limbajului verbal oral într-o manieră satisfăcătoare. Auzul și văzul se deteriorează cu timpul, dar rata de progresie variază de la persoană la persoană (de obicei, începând din adolescență), astfel încât la vârsta adultă va fi necesară folosirea unei proteze auditive; pierderea vederii este severă și profundă, atingând pragul cecității legale[12]. Dificultăți de echilibru pot apărea mai târziu. Tulburările vestibulare sunt diagnosticate în circa jumătate din cazuri.

Diagnosticarea timpurie a sindromului Usher este esențială pentru precizarea conduitei medicale și educaționale de urmat (de exemplu, folosirea restantului vizual în scopul explorării vizuale și a formării cât mai multor reprezentări de această natură). Sunt întreprinse evaluări ale funcțiilor vizuală (electroretinografie, măsurare a câmpului vizual și examenul fundului de ochi), auditivă (înregistrare a potențialului evocate la stimuli de tip „tone burst", înregistrare a otoemisiilor acustice[13], impedancemetrie, audiometrie) și vestibulară (electronistagmografie). Testele vestibulare pot facilita depistarea purtătorilor heterozigoți ai sindromului Usher (Karjalainen et al., 1985). Testarea genetică este clinic

[12] http://www.ushersyndrome.nih.gov/whatis/fulltext.html (accesat 01.03.2012).

[13] ABR (*Auditory Brain stem Response*) test; OAE (*Otoacoustic emissions*) test.

disponibilă pentru un număr de gene, dar se poate face doar în anumite laboratoare.

Sindromul Down

Poartă numele medicului englez John Langdon Haydon Down, fiind cunoscut înainte de 1961 drept „mongolism" datorită asemănării existente între trăsăturile faciale ale pacienților cu acest tip de maladie ereditară și aspectul populației de origine mongolă (Down, 1866)[14]; descrieri clinice ale unor pacienți cu acest sindrom au fost făcute anterior de către J. E. D. Esquirol (în 1838) și Édouard Séguin (în 1846) (Roubertoux și Kerdelhué, 2006). Acest sindrom este cunoscut și ca *trizomia 21* (trei cromozomi nr. 21 în loc de doi) (Lejeune, Gauthier și Turpin, 1959); aproximativ 95% din cazurile de sindrom Down prezintă această particularitate (nondisjuncția uneia dintre perechile de cromozomi 21). Uneori (în 1-2% din situații), se poate întâmpla ca cromozomul 21 să fie afectat în cursul dezvoltării embrionare, rezultând trei cromozomi în locația 21 în anumite celule („tulburarea mozaic"). Persoanele cu acest tip de sindrom Down au un număr variabil de celule care conțin 47 de cromozomi în loc de 46, fie la nivel celular, fie la nivel tisular. Niciuna din aceste varietăți nu poate fi moștenită. Totuși, în circa 3-4% din cazuri, se produce o fuziune a brațului lung al cromozomului 21 cu cromozomul acrocentric 14 (translocație robertsoniană), tulburare care este transmisibilă. Persoana purtătoare[15] nu prezintă alterări ale caracteristicilor fenotipale și nici probleme de sănătate, motiv pentru care poate să nu fie conștientă de riscul transmiterii acestei aberații cromozomiale. Acest risc, de regulă, sub 1%, devine mult mai mare (10-15%) dacă mama este persoana purtătoare. În cazul translocației balansate, fragmente aparținând cromozomilor 21 și 14 sunt alipite încrucișat, fără pierdere sau câștig de material genetic. Persoana respectivă nu are manifestări ale sin-

[14] Down, J. L. H. (1866). Observations on an ethnic classification of idiots. *Londra Hospital Reports*, *3*, 259-262. Accesat la http://www.neonatology.org/classics/down.html (31.03.2012).

[15] *Robertsonian translocation carrier* (în lb. engl.).

dromului, dar este transmițător al acestuia (Evans-Martin, 2009, Gardner și Sutherland, 1996; GHR, 2008). În anul 2000, o echipă internațională de geneticieni a raportat încheierea secvențializării cromozomului 21, contabilizând un număr de 225 de gene pe brațul lung al cromozomului. Deoarece cromozomul 21 este foarte mic, marea majoritate a materialului genetic se găsește pe acest braț. Au apărut astfel dovezi că o anumită zonă a acestui braț (21q22) este în mod special implicată în unele probleme de sănătate generate de sindromul Down (*Down syndrome critical region*) (Hattori et al., 2000).

Riscul de a avea un copil cu sindrom Down poate fi estimat statistic[16]. Acesta depinde nu numai de vârsta mamei, dar și de cea a tatălui. Există două categorii de teste: de monitorizare și de certitudine (diagnostice). Circa 70-80% din cazurile de copii cu sindrom Down pot fi identificate prin teste serice (testul triplu) și ultrasonografie (testul transluciditătii nucale fetale, FNT); amniocenteza, analiza sângelui ombilical și biopsia vilozităților corionice sunt teste diagnostice invazive, care implică anumite riscuri pentru făt, motiv pentru care sunt recomandate doar în situații de necesitate. Folosirea, în scop diagnostic prenatal, a celulelor fetale aflate în circulația sanguină a gravidei ar putea elimina în viitor testele invazive, reducând riscul de avort spontan (Wright, 2011).

Trăsăturile clinice tipice în sindromul Down se referă la aspecte ale înfățișării fizice, dizabilității intelectuale și problemelor de sănătate. Particularitățile fizice frecvent întâlnite sunt: epicantul (fanta palpebrală care dă aspectul de „ochi de asiatic"), hipertelorism (distanță interoculară excesivă), urechi mici, implantate mai jos decât este normal, față rotundă și plată, microgenie (bărbie mică), nas aplatizat, brahicefalie, mâini scurte și late, pliu palmar transvers („simian"). Spațiul dintre degetul mare de la picior și cel alăturat poate fi anormal de mare. Macroglosia (limba excesiv de mare) combinată cu micșorarea gurii și a bolții palatine determină protruzie linguală. Limba are aspect scrotal (fiind plicaturată), iar dinții sunt mici. Gâtul este gros și scurt, cu epidermă în exces pe partea

[16] E.g. *Prenatal Screening Software* (http://www.sbpsoftware.com/trisomy-risk-calculator.html).

sa dorsală. Se constată hipotonie musculară, precum și o laxitate exagerată a articulațiilor. Organele genitale sunt mici. Dezvoltarea staturală este redusă. Problemele de vedere și de auz sunt întâlnite, în diverse combinații, la mai mult de jumătate dintre indivizi. Aceștia pot prezenta strabism (în 40% din cazuri), nistagmus (20%), cataractă (50%), glaucom, dezlipire de retină, blefarită (50%), miopie (30%), hipermetropie (70%), astigmatism (25%); petele Brushfield (vizibile la periferia irisului) pot apărea în circa o treime din cazuri, dar fără să afecteze percepția vizuală. Tulburările de auz sunt sesizabile la marea majoritate a copiilor cu sindrom Down, predominând cele de conducere, datorită anomaliilor canalului auditiv extern, hipersecreției de cerumen sau blocării cu fluid a urechii medii (consecință a otitei medii cronice) (Trepanier și Feldman, 2003; Evans-Martin, 2009). În urma intervențiilor medicale și chirugicale, procentul copiilor cu deficiențe auditive s-a redus la 2% (rămânând ca cele neurosenzoriale să fie compensate prin protezare auditivă) (Shott, Joseph și Heithaus, 2001). Totuși, probleme de auz, ca și de natură medicală, persistă la marea majoritate a copiilor cu sindrom Down (Porter și Tharpe, 2010).

Problemele de sănătate cele mai des întâlnite se referă la defecte cardiace (40-50% dintre cazuri, cele mai frecvente fiind cele valvulare și cele de sept atrioventricular), probleme gastrointestinale (stenoză/atrezie de esofag sau duoden; flux gastroesofagian; boala celiacă[17], maladia Hirschsprung), probleme respiratorii (hipersensibilitate la infecții), probleme musculoscheletale, hipotiroidie, probleme dermatologice, probleme imunologice, predispoziție la leucemie (risc cu 10-30 de ori mai mare în raport cu copiii normali).

Dizabilitatea intelectuală este prezentă la majoritatea copiilor cu sindrom Down (Noble, 1998). În primele decenii ale secolului trecut, cele mai multe persoane cu sindrom Down erau considerate ca având dizabilitate intelectuală severă. Apoi, în cursul anilor ’60, nivelul oscila între moderat și sever, circa 10% dintre copii atingând nivelul dizabilității

[17] Boală autoimună care apare ca răspuns alergic la gluten.

intelectuale ușoare. Către mijlocul anilor '70, 30-50% dintre indivizi manifestau dizabilitate intelectuală ușoară, unii fiind chiar capabili să depășească limita inferioară a normalității inteligenței. În anii '90, au fost identificați mulți copii cu sindrom Down al căror coeficient de inteligență depășea valoarea medie de referință (100). Actualmente, există studenți și absolvenți de învățământ superior care au sindrom Down[18] (Calefati, 2009; Mann, 2011). Explicațiile cele mai plauzibile pentru această creștere a scorurilor medii țin de îmbunătățirea metodelor și instrumentelor de evaluare, de dezvoltarea programelor de intervenție psihopedagogică, de ameliorarea terapiilor medicale și a tehnicilor de intervenție chirurgicală, de o nutriție și o îngrijire din ce în ce mai bune, dar nu în ultimul rând, de schimbarea atitudinii societății față de persoanele cu sindrom Down și stimularea acestora de a-și atinge potențialul (remarcă valabilă în special în cazul așa-numiților *high functioning Down syndrome children*)[19] (Evans-Martin, 2009).

Prevalența sindromului Down este de circa 1:740 (cea mai mare dintre toate maladiile genetice), dar, cum am văzut, variază foarte mult în raport cu vârsta mamei.

Sindromul rubeolic congenital

Odată una din cauzele principale ale deficienței vizuale și surdocecității[20], rubeola are astăzi o incidență scăzută în raport cu alți factori etiologici. Rubeola a fost descrisă clinic întâia oară de către Friedrich Hoffmann în anul 1740, fiind urmat de De Bergen în 1752 și Orlow în 1758

[18] Cf. Elmhurst Learning and Success Academy (http://public.elmhurst.edu/elsa). Pablo Pineda (născut în 1975) este un actor spaniol (premiat pentru rolul din filmul *Yo también*), licențiat în psihologie educațională la Universitatea din Málaga. A fost primul student cu sindrom Down din Europa care să primească o diplomă universitară. Akihito Ochi este un pianist japonez de renume, născut (în 1977) cu sindromul Down (http://www.akihito-ochi.com/). A învățat să cânte la pian la vârsta de 9 ani și a susținut primul concert la vârsta de 10 ani. A început să compună de la vârsta de 14 ani și a înregistrat primul album în anul 1997.

[19] V. *Duo – The True Story of a Gifted Child with Down Syndrome* (1996), film inspirat dintr-un caz real, regizat de Alexandre Ginnsz (http://www.imdb.com/title/tt0460441/).

[20] Ani epidemici importanți (exemple): 1940-1941 – Australia (Burgess, 1990), 1964-1965 – S.U.A. (Meissner, Reef și Cochi, 2006), 1978 – Marea Britanie (Miller, 1991), 1993 – Grecia (Panagiotopoulos și Georgakopoulu, 2004), 2003 – România (Rafilă et al., 2004) etc.

(Wesselhoeft, 1949)[21]. Medicul englez William George Maton a stabilit diagnosticul diferențial al rubeolei în raport cu scarlatina și pojarul (rujeola) (Miller, 1991). Chirurgul militar Henry Veale (1866) i-a atribuit denumirea actuală (diminutiv al lui *ruber*, „roșu", în limba latină), după ce a studiat câteva cazuri de rubeolă la o școală de băieți din India[22]. Având manifestări ușoare și tratament simptomatic, boala a prezentat interes redus pentru cercetători.

În anul 1941, Australia s-a confruntat cu o epidemie severă de rubeolă, cauzată de expunerea la virus a unui număr mare de tineri recrutați pentru a lupta în cel de-al doilea război mondial și care până atunci nu contractaseră boala datorită faptului că locuiau în zone izolate ale țării. Epidemia a fost perpetuată de soldații reveniți în țară în permisie (Burgess, 1990). Medicul oftalmolog Norman McAlister Gregg (1941) a stabilit legătura dintre rubeolă și deficiența de vedere după ce, alarmat de numărul mare de copii cu cataractă congenitală consultați în 1941, a aflat că majoritatea mamelor acestora contractaseră rubeolă în perioada de sarcină (68 din 78 de cazuri). Examinând aceste cazuri, a observat că, pe lângă cataractă congenitală profundă, mulți copii prezentau defecte cardiace congenitale, deficiențe de auz, nanism, retard în dezvoltare și dificultăți de hrănire la sân, câteodată și microftalmie[23]. Abia în 1962, cercetătorii au fost capabili să identifice virusul rubeolei și, după epidemia de rubeolă din 1964-1965 (care a avut ca efect apariția a peste 20.000 de cazuri de cataractă congenitală în Statele Unite), au reușit să pună la punct un vaccin, MMR, la începutul anilor '70 (Mellor, 2008).

În intervalul 2002-2003, au fost înregistrate peste 115.000 de cazuri de rubeolă în țara noastră, cu o incidență de 531 de cazuri raportate la

---

[21] Cunoscută sub numele de „Röteln". Deoarece medicii germani au fost primii preocupați de descrierea acestei boli, ea a primit apelativul popular de „pojar german" în arealul lingvistic anglo-saxon. Apud C. Wesselhoeft (1949). Rubella and congenital deformities. *New England Journal of Medicine*, *240*(7), 258-261.

[22] Veale, H. (1866). History of an epidemic of rotheln, with observations on its pathology. *Edinburg Medical Journal*, *12*, 404-414.

[23] Gregg, N. M. (1941). Congenital cataract following German measles in the mother. *Transactions of the Ophthalmological Society of Australia*, 3, 35-46.

100.000 de locuitori. Cea mai mare incidență a fost în rândul copiilor de vârstă școlară. În anul 2003 au fost raportate o sută cincizeci cazuri de sindrom rubeolic congenital, dintre care șapte au fost confirmate. Vaccinarea antirubeolică, desfășurată între anii 1998-2002, a fost reintrodusă în mai 2004 sub forma vaccinului trivalent MMR (contra pojarului, oreionului și rubeolei) pentru copiii cu vârste între 12 și 15 luni, fiind continuată vaccinarea fetelor de 13-15 ani numai cu vaccin antirubeolic (Rafilă et al., 2004). Trebuie menționat faptul că România a fost singura țară europeană care nu a avut un program de vaccinare antirubeolică în anul 2002 din 17 țări cuprinse într-un studiu al Organizației Mondiale a Sănătății (Nardone et al., 2008). Pe de altă parte, rubeola și sindromul rubeolic congenital au fost declarate ca fiind eradicate în S.U.A. în octombrie 2004 (CDC, 2005), iar în 2019 mai mult de 80 de țări eliminaseră deja boala. Ultima epidemie severă a avut loc în Japonia (2018-2019)[24].

Sindromul rubeolic congenital (CRS) afectează grav nu numai analizatorii de văz sau de auz, ci întreg procesul dezvoltării somatice, fiind cu atât mai agresiv cu cât vârsta fătului, în momentul îmbolnăvirii mamei, este mai mică. În primele 8-10 săptămâni de sarcină, infecția cu virusul *rubella* are consecințe negative asupra a 90% dintre copiii care supraviețuiesc la naștere; dar dacă apare după 11-16 săptămâni de sarcină, doar 10-20% dintre nou-născuți vor mai fi afectați.

Principalele simptome ale sindromului rubeolic congenital sunt:

- anemie hemolitică, purpură trombocitopenică, hepatosplenomegalie, icter mecanic, meningoencefalită (tulburări tranzitorii);
- deficiență neurosenzorială de auz (cea mai comună dizabilitate indusă de CRS, presupunând pierderi parțiale sau totale, monoaurale sau binaurale, în aproximativ 80% din cazuri);
- deficiență de vedere (de diverse grade, de la ambliopie ușoară până la cecitate); cataractă, retinopatie pigmentară, nistagmus,

[24] https://www.who.int/immunization/newsroom/vast_progress_reducing_rubella_unprotected/en/ (11.11.2020).

microftalmie, atrofie optică, distrofie corneeană cu opacizare, glaucom congenital);
- dizabilitate intelectuală (în 55% din cazuri);
- probleme cardiace (defect de sept interventricular, stenoză de arteră pulmonară);
- probleme neurologice sau cerebrale (pot lipsi, dar când există, gradul de afectare variază de la mediu la sever); microcefalie;
- diabet insulino-dependent (Burgess, 1990; O'Donnell, 1996; Borton, 2012).

Tratamentul rubeolei este doar simptomatic. În cazul CRS, sunt recomandate intervenții chirurgicale, medicale și psihopedagogice de eliminare, diminuare sau compensare a complicațiilor sindromului.

Citomegalovirusul (CMV)

Deși prima descriere a unor modificări histologice datorate infecției cu CMV a fost făcută în anul 1904 de doi medici din München (care au interpretat eronat observațiile lor), abia în 1926 denumirea *cytomegalia infantum* apare în literatura medicală, iar în anii '50 ai secolului trecut John P. Wyatt și colegii săi impun sintagma „cytomegalic inclusion disease" (CID). Thomas Weller care, împreună cu alți doi colegi, a primit premiul Nobel pentru medicină în anul 1954 pentru izolarea poliovirusului, a consacrat termenul „citomegalovirus", identificând virusul în culturile trimise de alți doi cercetători, Margaret Smith și Wallace Rowe, în 1956 (Halwachs-Baumann, 2018).

A devenit cauza cea mai frecventă a infecțiilor fetale în țările dezvoltate ale lumii (având o rată de transmitere fetală de aproximativ 50% în cursul infecției maternale primare). Rata de infectare congenitală în S.U.A. și Europa este de circa 0,6% din numărul tuturor nou-născuților, simptomele fiind manifeste la naștere sau apărând mai târziu sub forma pierderilor auditive, deficitelor cognitive sau a tulburărilor motorii (Istas et al., 1995). În S.U.A., de exemplu, aproape unul din trei copii este deja infectat cu CMV înainte de vârsta de cinci ani, iar jumătate dintre adulți

vor fi dobândit virusul până la vârsta de 40 de ani. Spre deosebire de cazurile congenitale, la cele dobândite simptomele sunt de cele mai multe ori inexistente sau foarte ușoare, cu anumite afectări ale ochilor, plămânilor, ficatului sau sistemului digestiv la persoanele cu imunitate scăzută. La copiii cu CMV congenital, așa cum aminteam mai sus, sunt prezente pierderile auditive, acestea putând fi acompaniate de retinită[25]. Actualmente, CMV este cea mai comună cauză non-genetică a dizabilităților auditive congenitale în țările dezvoltate, după eradicarea rubeolei (Manicklal et al., 2013).

Meningita

Meningita este cea mai întâlnită infecție bacterială a sistemului nervos, având o incidență relativă mai mare de 2,5 cazuri la 100.000 de persoane. După introducerea vaccinului contra *Haemophilus influenzae*, cele mai multe îmbolnăviri se datorează infectării cu *Streptococcus pneumoniae*. A doua sursă este *Neisseria meningitidis* (meningococul). Infecțiile virale sunt de zece ori mai întâlnite decât cele bacteriene, fiind produse de enterovirusuri. Deși prognosticul este bun, sunt situații în care boala se agravează, căpătând amploarea encefalopatiei. Pe lângă bacterii și virusuri, meningita mai poate fi cauzată de fungi (îndeosebi la pacienții cu imunitate scăzută) (Sontheimer, 2015).

Pierderea de auz de tip neurosenzorial de grad sever și profund a fost constatată la circa 10% din copii, fiind bilaterală în circa 4-5% din cazuri. Pierderea de auz pare a fi consecința labirintitei, care este rezultatul probabil al extinderii inflamației din spațiul subarahnidian prin apeductul cohlear. Deși surditatea pare a se instala în faza incipientă a meningitei, aceasta este greu de diagnosticat clinic la vârstele mici. Copiii cu surditate severă sau profundă trebuie recomandați pentru evaluare în vederea implantării cohleare. Ocurența surdității nu este corelată nici cu vârsta pacientului, nici cu timpul trecut de la îmbolnăvire până la internare, astfel încât nu poate fi prevenită prin diagnosticare timpurie. Admini-

[25] Cf. https://www.cdc.gov/cmv/congenital-infection.html (11.10.2020).

strarea unor medicamente precum dexametazona crește incidența cazurilor de pierdere auditivă. Orbirea consecutivă meningitei purulente este rară și se poate datora patologiei intraoculare, nevritei optice sau poate avea origine corticală (Arzimanoglu, 2018).

Lipsa unor investigații medicale precise, bazate în special pe analiza lichidului cerebrospinal, face dificilă formularea unui diagnostic de certitudine în evaluarea etiologiei SC/DSM la persoane cu notorietate istorică. De exemplu, boala de care a suferit Helen Keller în mica copilărie nu a fost niciodată diagnosticată, deficiența senzorială dual rezultată fiind considerată consecința meningitei, encefalitei, scarlatinei sau rubeolei. Contrar relatării sale autobiografice, „congestia stomacului și a creierului" reprezenta, chiar și în 1881, o formulare non-medicală. Ipoteza meningitei bacteriene pare să fie cea mai justificată. Cauza proptozei (exoftalmiei) stângi este necunoscută (posibil abces orbital cu necroza arterei retinale centrale); din acest motiv, fotografiile o înfățișează pe Helen Keller cu precădere din profil sau semi-profil drept. În 1911, ambii globi oculari i-au fost extirpați din motive estetice, fiind înlocuiți cu proteze de sticlă (Gilsdorf, 2018). Și în alte situații, originea infecțioasă a SC/DSM a rămas doar prezumată.

Cu siguranță că etiologia SC/DSM este mult mai complicată, existând numeroase cazuri în care nu pot fi identificate cauzele exacte. O dată cu avansul științific și tehnologic în genetică și medicină, este de așteptat ca incidența SC/DSM congenitale să se reducă. Oferim mai jos o listă comprehensivă a cauzelor genetice mai bine cunoscute:

Cauze ale surdocecității / deficienței multisenzoriale[26]

- Amauroza congenitală Leber (afecțiune degenerativă a retinei, nistagmus, strabism, fotofobie, hipoacuzie neurosenzorială progresivă, deficit motor, retard în dezvoltare);
- Citomegalovirus (CMV) (descris mai sus);

[26] V. *A.D.A.M. Medical Encyclopedia* la adresa http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html pentru mai multe informații despre acest subiect, respectiv https://rarediseases.org/

- Cromozom inelar 18 (surditate, hipertelorism, microcefalie, dizabilitate intelectuală);
- Displazia Kniest (miopie, pierderi auditive cauzate de infecții auriculare, palatoschizis, malformații osoase și articulare);
- Maladia Batten (lipofuscinoza ceroidă neuronală – NCLS; pierdere progresivă a vederii și a deprinderilor motorii, dizabilitate intelectuală, prognostic fatal);
- Maladia Norrie (hipoacuzie progresivă, cecitate bilaterală, dezvoltare anormală a retinei, retard în dezvoltarea abilităților motorii, dizabilitate intelectuală);
- Meningita (virală și bacteriană) (descrisă mai sus);
- Neurofibromatoza (gliom de tract optic ce afectează progresiv vederea, macrocefalie, dizabilitate intelectuală);
- Secvența Pierre – Robin (anomalii craniofaciale, deficit auditiv datorat multiplelor infecții auriculare, alte tulburări funcționale);
- Sindromul Aicardi (absență parțială sau totală a corpului calos, microcefalie, leziuni sau lacune ale retinei, chisturi porencefalice);
- Sindromul alcoolic fetal (deficiențe auditive și vizuale, probleme motorii, afectări neurologice, microcefalie, anomalii cefalice, retard general în dezvoltarea somatică și intelectuală);
- Sindromul Alport (surditate neurosenzorială, defecte oculare congenitale);
- Sindromul Alström (hipoacuzie neurosenzorială bilaterală ușoară spre moderată, nistagmus, fotofobie, retinopatie pigmentară progresivă, alte afecțiuni somatice grave);
- Sindromul Apert (acrocefalosindactilia – fuziune prematură a structurilor osoase craniene, cu fuziune osoasă a degetelor de la mâini și picioare; infecții auriculare, incidență crescută a afecțiunilor oculare, alte afecțiuni somatice grave);
- Sindromul Bardet-Biedl (retinopatie pigmentară, dizabilitate intelectuală, alte afecțiuni somatice grave);
- Sindromul CHARGE (descris mai sus);

- Sindromul Cockayne (retinopatie însoțită sau nu de cataractă, pierdere progresivă a auzului, microcefalie, retard progresiv în dezvoltarea neuropsihică, nanism, îmbătrânire prematură);
- Sindromul lui Cogan (inflamații oculare, afectare a auzului);
- Sindromul Cornelia de Lange (retard în dezvoltare, microcefalie, crize epileptice, palatoschizis, malformații ale membrelor, alte afecțiuni somatice grave);
- Sindromul „Cri du chat" (plâns la naștere cu o tonalitate foarte înaltă, microcefalie, hipotonie musculară, alte afecțiuni medicale);
- Sindromul Crouzon (exoftalmie, strabism, hipertelorism, craniosinostoză, alte malformații la nivel cefalic);
- Sindromul Dandy-Walker (mișcări oculare sacadate, dezvoltare motorie lentă, afectare a echilibrului și a coordonării motorii la nivel muscular, convulsii, mărire progresivă a craniului);
- Sindromul Down (trizomia 21) (descris anterior);
- Sindromul Edward (trizomia 18; deficit auditiv, defecte oculare congenitale, tulburări de dezvoltare, spina bifida, alte afectări somatice și fiziologice);
- Sindromul Goldenhar (hipoacuzie unilaterală, defecte oculare, defecte maxilo-palatale, malformații orale și auriculare, asimetrie facială, anomalii unilaterale ale vertebrelor spinale);
- Sindromul Hunter (mucopolizaharidoza tip II, generată de deficit enzimatic la nivelul lizozomilor; hipoacuzie progresivă, cataractă, hipertrofiere cefalică, dizabilitate intelectuală, retard progresiv în dezvoltare);
- Sindromul Kearns – Sayre (hipoacuzie, limitare progresivă a mișcărilor oculare, disfuncție cognitivă, alte deficiențe de dezvoltare);
- Sindromul Marfan (maladie genetică afectând țesutul conjunctiv; deficiențe vizuale datorate subluxației de cristalin, anomalii ale dezvoltării somatice);
- Sindromul Maroteaux – Lamy (cataractă, glaucom, afectare a retinei sau a nervului optic, deficiențe auditive datorate frecventelor infecții auriculare, defecte dentare, retard general în dezvoltare);

- Sindromul Marshall (miopie, cataractă, glaucom, deficit auditiv neurosenzorial variind de la moderat la sever, alte anomalii faciale);
- Sindromul Möbius (deficiențe auditive, strabism, imobilitate oculară laterală, deficit motor îndeosebi la nivel muscular facial, malformații palatale și linguale);
- Sindromul Patau (trizomia 13; deficiențe auditive și vizuale, tulburări de dezvoltare, malformații craniofaciale, microcefalie, alte afecțiuni somatice grave);
- Sindromul Prader – Willi (trăsături faciale distincte, hiperfagie, retard în dezvoltare, dizabilitate intelectuală, miopie, strabism, alte tulburări funcționale);
- Sindromul rubeolic congenital (descris mai sus);
- Sindromul Scheie (cataractă, surditate, anomalii și malformații faciale și ale membrelor);
- Sindromul Stickler (miopie, cataractă, glaucom, dezlipire de retină, astigmatism, hipoacuzie de conducere sau neurosenzorială, anomalii craniofaciale, vertebrale și articulare);
- Sindromul Sturge – Weber (glaucom, convulsii, hemipareză, cefalee severe, retard în dezvoltare);
- Sindromul Treacher – Collins (deficit auditiv datorat anomaliilor și malformațiilor auriculare, malformații craniofaciale);
- Sindromul Turner (tulburări auditive cauzate de otite ale urechii medii, strabism, anomalii craniofaciale, alte anomalii și afecțiuni grave);
- Sindromul Usher (descris anterior);
- Sindromul Vogt – Koyanagi – Harada (deficit auditiv, afecțiuni oculare, anomalii neurologice, alte tulburări);
- Sindromul Waardenburg (hipoacuzie moderată spre profundă, strabism convergent, microcefalie, probleme de echilibru, alte afecțiuni);
- Sindromul Wolf – Hirschhorn (trizomia 4p; colobom, microcefalie, malformații craniofaciale, retard sever în dezvoltarea neuropsihică și somatică, alte afecțiuni severe);

– Tulburarea peroxizomală biogenetică (maladia Refsum, sindromul Zellweger, adrenoleucodistrofia infantilă; pierdere progresivă a vederii datorate retinitei pigmentare, surditate neurosenzorială, anosmie, ageuzie și alte deficite senzoriale, ataxie, alte tulburări somatice grave).

Abrevieri:

CDC	Center for Disease Control
GHR	Genetics Home Reference

Bibliografie

Arzimanoglu, A. (coord.) (2018). *Aicardi's diseases of the nervous system in childhood* (ed. a patra). Londra: Mac Keith.

Blake, K. D., Prasad, C. (2006). CHARGE syndrome. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *1*, 34. doi:10.1186/1750-1172-1-34 Accesat la http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1750-1172-1-34.pdf (02.04.2012).

Borton, C. (2012). *Rubella and pregnancy*. Accesat la adresa http://www.patient.co.uk/doctor/Congenital-Rubella-Syndrome.htm (31.03.2012).

Burgess, M. A. (1990). Rubella vaccination just before or during pregnancy. *Medical Journal of Australia*, *15*(2), 507-508.

Calefati, J. (2009). College is possible for students with intellectual disabilities. *U.S. News*. Accesat la adresa http://www.usnews.com/education/articles/2009/02/13/college-is-possible-for-students-with-intellectual-disabilities (01.04.2012).

CDC (2005). Elimination of rubella and congenital rubella syndrome – United States, 1969-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *54*(11), 279-282.

Evans-Martin, F. (2009). *Down syndrome*. New York: Infobase Publishing.

Gardner, R. J. M., Sutherland, G. R. (1996). *Chromosome abnormalities and genetic counselling* (ed. a doua). Oxford: Oxford University Press.

Gilsdorf J. R. (2018). Into darkness and silence: what caused Helen Keller's deafblindness?. *Clinical Infectious Diseases*, *67*(9), 1445–1449. https://doi.org/10.1093/cid/ciy385

GHR (2008). *Down syndrome*. Accesat la http://ghr.nlm.nih.gov/condition/down-syndrome (31.03.2012).

Graham, J. M., Rosner, B., Dykens, E., Visootsak, J. (2005). Behavioral features of CHARGE syndrome (Hall-Hittner syndrome) comparison with Down syndrome, Prader-Willi syndrome, and Williams syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, *133A*(3), 240-247. doi: 10.1002/ajmg.a.30543

Hall, B. (1979). Choanal atresia and associated multiple anomalies. *Journal of Pediatrics*, *95*(3), 395–398.

Halwachs-Baumann, G. (2018). Long known, long ignored: a brief history of cytomegalovirus research. In idem (coord.), *Congenital cytomegalovirus infection: epidemiology, diagnosis, therapy* (ed. a doua, pp. 1-10). Cham, CH: Springer Nature.

Hattori, M. A., Fujiyama, T. D., Taylor, H. et al. (2000). The DNA sequence of human chromosome 21. *Nature*, *405*, 311-319. doi:10.1038/35012518

Hittner, H. M., Hirsch, N. J., Kreh, G. M., Rudolph, A., J. (1979). Colobomatous microphthalmia, heart disease, hearing loss, and mental retardation – a syndrome. *Journal of Pediatric Ophthalmology Strabismus*, *16*(2), 122–128.

Istas, A. S., Demmler, G. J., Dobbins, J. G., Stewart, J. A. (1995). Surveillance for congenital cytomegalovirus disease: a report from the National Congenital Cytomegalovirus Disease Registry. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, *20*(3), 665–670. https://doi.org/10.1093/clinids/20.3.665

Karjalainen, S., Teräsvirta, M., Kärjä, J., Kääriäinen, H. (1985). Usher's syndrome type III: ENG findings in four affected and six unaffected siblings. *The Journal of Laryngology & Otology*, *99*(1), pp 43-48. doi:10.1017/S0022215100096262

Lejeune, J., Gauthier, M., Turpin, R. (1959). Les chromosomes humains en culture de tissus. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, *248*, 602-603.

Manicklal, S., Emery, V. C., Lazzarotto, T., Boppana, S. B., Gupta, R. K. (2013). The "silent" global burden of congenital cytomegalovirus. *Clinical microbiology reviews*, *26*(1), 86–102. https://doi.org/10.1128/CMR.00062-12

Mann, L. (2011). College special ed: more institutions serving students with intellectual disabilities. *Chicago Tribune*. Accesat la adresa http://articles.chicagotribune.com/2011-11-09/news/ct-x-college-special-ed-20111109_1_students-with-intellectual-disabilities-developmental-delays-elsa (01.04.2012).

Melancon, F. (2000). A group for students with Usher syndrome in South Louisiana. *Deaf-Blind Perspectives*, *8*(1), 1-3.

Mellor, L. (2008). *Gregg, Sir Norman McAlister*. Faculty of Medicine Online Museum and Archive, University of Sydney. Accesat la http://sydney.edu.au/medicine/museum/mwmuseum/index.php/Gregg,_Sir_Norman_McAlister (22.02.2012).

Meissner, H. C., Reef, S. E., Cochi, S. (2006). Elimination of rubella from the United States: a milestone on the road to global elimination. *Pediatrics*, *117*(3), 933-935. doi: 10.1542/pcoord.2005-1760

Millán, J. M., Aller, E., Jaijo, T., Blanco-Kelly, F., Gimenez-Pardo, A., Ayuso, C. (2011). An update on the genetics of Usher syndrome. *Journal of Ophthalmology*, vol. 2011, Article ID 417217, 8 pp., 2011. doi:10.1155/2011/417217

Miller, E. (1991). Rubella in the United Kingdom. *Epidemiology and Infection*, *107*, 31-42.

Ness, S. L., Ben-Yosef, T., Bar-Lev, A., et al. (2003). Genetic homogeneity and phenotypic variability among Ashkenazi Jews with Usher syndrome type III. *Journal of Medical Genetics*, *40*, 767-772. doi:10.1136/jmg.40.10.767

Nardone, A., Tischer, A., Andrews, N., Backhouse, J., Theeten, H., Gatcheva, N., Zarvou, M., Bohumir, K., Pebody, R. G., Bartha, K., O'Flanagan, D., Cohen, D., Duks, A., Griskevicius, A., Mossong, J., Barbara, C., Pistol, A., Slačikková, Prosenc, K., Johansen, K., Miller, E. (2008). Comparison of rubella seroepidemiology in 17 countries: progress towards international disease control targets. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*(2), 81-160.

Noble, J. (1998). Natural history of Down's syndrome: a brief review for those involved in antenatal screening. *Journal of Medical Screening*, *5*, 172-177.

O'Donnell, N. (1996). History of congenital rubella syndrome. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *6*(2), 149-157. doi: http://dx.doi.org/10.1016/1052-2263(96)00178-X

Panagiotopoulos, T., Georgakopoulou, T. (2004). Epidemiology of rubella and congenital rubella syndrome in Greece, 1994-2003. *Eurosurveillance*, *9*(4), 461. Accesat la http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=461 (31.03.2012).

Pieke Dahl, S., Kimberling, W. J., Gorin, M. B., Weston, M. D., Furman, J. M. R., Pikus, A., Möller, C. (1993). Genetic heterogeneity of Usher syndrome type II. *Journal of Medical Genetics*, *30*(10), 843-848. doi: 10.1136/jmg.30.10.843

Plantings, R. F., Pennings, R. J., Huygen, P. L., et al. (2006). Visual impairement in Finnish Usher syndrome type III. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, *84*(1), 36-41.

Porter, H., Tharpe, A. M. (2010). Hearing loss among persons with Down syndrome. In *International Review of Research in Mental Retardation*, *39*, 195-220. doi 10.1016/S0074-7750(10)39007-0

Rafilă, A., Marin, M., Pistol, A., Nicolaiciuc, D., Lupulescu, E., Uzicanin, A., Reef, S. (2004). A large rubella outbreak, Romania – 2003. *Eurosurveillance*, *9*(4), 457. Accesat la http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=457 (31.03.2012).

Roubertoux, P. L., Kerdelhué, B. (2006). Trisomy 21: from chromosomes to mental retardation. *Behavior Genetics*, *26*(3), 346-354.

Sanlaville, D., Verloes, A. (2007). CHARGE syndrome: an update. *European Journal of Human Genetics*, *15*, 389–399. doi:10.1038/sj.ejhg.5201778

Schalock, M. D. (2018). *The 2017 national child count of children and youth who are deafblind*. Monmouth, OR: Western Oregon University.

Shott, S. R., Joseph, A., Heithaus, D. (2001). Hearing loss in children with Down syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *61*(3), 199-205.

Sontheimer, H. (2015). *Diseases of the nervous system*. Amsterdam: Elsevier.

Trepanier, A., Feldman, G. L. (2003). Down syndrome. In R. Robinson (coord.), *Genetics* (vol. 1, pp. 254-258). New York: Macmillan Reference USA.

Vissers, L. E., van Ravenswaaii, C. M., Admiraal, R., et al. (2004). Mutations in a new member of the chromodomain gene family cause CHARGE syndrome. *Nature Genetics*, *36*(9), 955-957.

Webster, W. S. (1998). Teratogen update: congenital rubella. *Teratology*, *58*(1), 13-23. doi: 10.1002/(SICI)1096-9926(199807)58:1<13::AID-TERA5>3.0.CO;2-2

Wright, M. (2011). *Antenatal screening for Down's syndrome*. Accesat la adresa http://www.patient.co.uk/doctor/Antenatal-Screening-for-Down's-Syndrome.htm (31.03.2012).

Structuri și activități preșcolare în alternativa educațională de pedagogie curativă

Grădinița ca serviciu terapeutico-educativ pentru copiii cu dizabilități

Ovidiu Damian

Pedagogia curativă a luat naștere în anul 1924. Un grup de tineri din Jena, Germania au fondat un mic așezământ pentru copii cu nevoi speciale. Tinerii l-au abordat pe Rudolf Steiner și l-au rugat să le împărtășească filosofia sa despre existența și dezvoltarea ființei umane. Steiner le-a expus imaginea omului, în care, dincolo de corpul fizic există un organism viu complex, o entitate sufletească, o structură psihologică și o lume interioară fascinantă în care viața este trăită și simțită. Steiner a descris atunci nucleul filosofiei sale: orice om, indiferent de prezența sau absența dizabilității, este o ființă unică și capabilă de auto-cunoaștere și dezvoltare personală iar pentru asta nu e suficientă doar rațiunea ci și resursele emoționale și motivaționale.

În viziunea alternativei educaționale de pedagogie curativă, orice copil are în sine capacități și resurse valoroase iar menirea noastră este aceea de a-l ajuta să le descopere și să devină conștient de ele pentru a le putea utiliza pe parcursul vieții. Astfel, noi adulții trebuie să creăm o bază de siguranță de la care copilul să înceapă explorarea spre afirmarea și realizarea de sine, spre o viață cât mai independentă, trăită cu demnitate, prin găsirea propriului drum în lume.

În etapa preșcolară, imitația este extrem de importantă iar noi adulții trebuie să devenim demni de a fi imitați. Tranziția între casă și integrarea în grădiniță devine foarte ușoară atunci când există o relație sănătoasă

între educatori și părinți sau aparținători. Evenimentele din centrele de pedagogie curativă la care părinții sunt conectați facilitează această legătură și asigură copilului confort și siguranță.

I. Principii de bază în pedagogia curativă

Considerăm că tot ceea ce îl înconjoară pe copil (atât elementele vizibile cât și cele subtile, de profunzime) are un impact semnificativ asupra dezvoltării lui (Nicol și Taplin, 2017). Abordarea devine astfel una holistică, axată nu doar pe domeniul cunoașterii, cognitiv, ci și pe elementele emoționale, pe atașament, pe legăturile sufletești pe care copilul le dezvoltă cu cei din jur. Dezvoltarea sa optimă are loc într-un mediu calm, predictibil, răbdător și receptiv la toate nevoile și sensibilitățile lui senzoriale și emoționale.

I.1. Abordarea holistică

Curricula preșcolară are în vedere interconectarea domeniilor fizic, emoțional, cognitiv și spiritual. Copiii au parte de o abordare fenomenologică în care se pornește de la relevanța noțiunilor și aplicabilitatea lor în viața de zi cu zi. Învățarea capătă astfel sens, semnificație, are șanse mult mai mari de a fi reținută și folosită în alte contexte. În etapa preșcolară nu există materii în sine, conceptele sunt integrate în diverse activități. De exemplu, elementele de matematică pot fi introduse și exersate în timpul activităților casnice și de pregătirea mesei (morcovul tăiat are forma cercului, operațiile: adunarea, scăderea, greutăți, măsuri, cantități, forme etc.). La fel, cărțile ce conțin doar imagini ajută mult la dezvoltarea imaginației, limbajului și îi încurajează pe copii să se exprime folosind propriul limbaj.

Copiii experimentează artele dramatice și sunt încurajați și să mânuiască păpuși, ceea ce le permite dezvoltarea limbajului emoțional, a empatiei și exersarea schimbării de perspectivă. Conversațiile și socializarea din timpul mesei servite împreună le oferă oportunitatea de a se asculta unii pe alții, de a exersa dialogul și umorul. Pictura și desenul permit conectarea prin artistic cu latura lor emoțională și dezvoltă armonia, simetria dar și acceptarea contrastelor și diversității.

I.2. Jocul

„Înțelepciunea și iubirea mea e jocul."
(Lucian Blaga, *Trei fețe în Poemele luminii*)

La vârsta preșcolară copiii învață cel mai mult prin joc. Studiile (Lillard et al., 2013; Stagnitti și Lewis, 2014; Laevers, 2006) arată că jocul (și mai ales cel nestructurat, spontan, auto-motivat, imaginativ, desfășurat în sala de grupă sau afară, în natură) dezvoltă abilitățile sociale dar și pe cele cognitive, concentrarea atenției și empatia și reduce frica, tristețea sau oboseala copiilor. Astfel se dezvoltă și imaginația, inventivitatea și adaptarea, capacități esențiale pentru explorare, investigare, curiozitate și dorință de a descoperi. Prin joc, copiii își creează propriile observații și analize despre lume, își folosesc imaginația și fantezia pentru a recrea diverse situații și scene pe care le-au văzut sau trăit. Tocmai de aceea, observarea jocului copiilor poate aduce informații foarte importante despre lumea lor interioară.

I.3. Învățarea prin „a face"

Grădinița în pedagogia curativă este o comunitate de mici „oameni de acțiune" care prin *a face* nu învață doar abilități sociale sau domestice ci își dezvoltă mult și motricitatea și spiritul practic. În această perioadă copiii „gândesc prin intermediul întregului corp", învață foarte mult și cuprind întreaga lume prin experimentare practică și activitate fizică auto-motivată. Studiile susțin clar ideea că învățarea nu ar trebui să se rezume la „a ști" ci la „a face" (Moon, 2004). Ucenicia, rezolvarea de situații concrete, reale, învățarea prin cooperare, sunt tehnici foarte valoroase în acest sens, ce le permit copiilor să experimenteze activ, în situații concrete și ulterior să aibă posibilitatea de a reflecta și înțelege ceea ce au realizat practic. Voința și motivația sunt dezvoltate prin acest „a face", prin învățarea experimentală, iar beneficiile se păstrează pe termen lung. Copiii învață astfel din viață, pentru viață.

I.4. Ritmul și repetiția

Aceste două elemente – ritm și repetiție sunt considerate cruciale în alternativa educațională de pedagogie curativă. Activitățile care se repetă

cu regularitate creează rutine și consolidează sentimentul de siguranță și încredere în sine, ajutând copilul să știe la ce să se aștepte. Ritmul ajută copilul să învețe să trăiască cu schimbarea, să-și găsească locul în lume și să înceapă să înțeleagă conceptele de trecut, prezent și viitor. Ritmurile oferă o bază foarte concretă pentru înțelegerea noțiunii de timp – ceea ce a trecut, ceea ce se întâmplă acum dar și ceea ce urmează să vină – și ajută copilul să se raporteze la universul natural și la cel uman. Memoria este consolidată cu ajutorul acestor experiențe recurente, iar activitățile zilnice, săptămânale, sau evenimentele anuale ce au loc la grădiniță (festivalurile și sărbătorile) rămân în memoria copiilor și adesea sunt așteptate cu mult entuziasm a doua oară.

Astfel, se pune accent pe regularitatea tiparelor de activități iar repetarea lor zilnică, săptămânală și anuală e cea care dă ritmul și rutina pozitivă. Repetiția contribuie la formarea obiceiurilor sănătoase și întărește comportamentele – întotdeauna ne spălăm pe mâini înainte de masă și întotdeauna ne luăm hainele de joacă atunci când ieșim afară. Activitățile decurg natural, devin rutine pozitive iar copiii le vor simți ca pe ceva firesc și nu vor dezvolta comportamente opozante față de aceste scenarii sau obiceiuri. În pedagogia curativă sunt foarte importante „zicerile", adică alăturări scurte de versuri care marchează începuturi și sfârșituri de activități, îl pun pe copil „în starea" necesară, îl „anunță" cu blândețe că ceva s-a încheiat și altceva e pe cale să înceapă. Iată câteva exemple:
zicere pentru finalul jocului:

Veniți, veniți, veniți
Joaca o lăsăm
Veniți, veniți, veniți
De lucru ne-apucăm!

zicere pentru introducerea activităților de abilitare manuală:

Învățăm să tricotăm/modelăm/…,
Cu mânuțele lucrăm,
Să facem lucruri frumoase
Și folositoare-n case

zicere pentru spălatul pe mâini înainte de masă:

Pe sub podul de aur
Noi acum vom ieși
Și mânuțele noastre
Frumos le vom curăți.

Notă: găsiți o multitudine de exemple de jocuri și activități în cartea *Pedagogie curativă în grădiniță. Ghid de activități terapeutice și educative pentru copiii cu dizabilități*, apărută la Editura Presa Universitară Clujeană în anul 2020. Autor Ovidiu Damian.

Activitățile sezoniere celebrează și ele ciclurile anului – toamna e timpul pentru treieratul și măcinatul porumbului, iar primăvara pentru semănat. Repetarea zicerilor, poveștilor, a cântecelor și versurilor precum și a activităților manuale legate de anotimpuri, și colțul anotimpurilor amenajat în grupă, oglindesc schimbările care au loc în natură de-a lungul anului.

I.5. Rolul „atmosferei"

O zi la grădiniță cuprinde mai multe „atmosfere" sau stări diferite, ceea ce le oferă copiilor oportunitatea de a învăța să-și ajusteze comportamentul în funcție de situație. Educatorii creează în mod intenționat diferite tipuri de atmosferă care să însoțească diferitele activități. Acest lucru le permite copiilor să devină conștienți de limitele invizibile care ne dictează ce comportament este potrivit într-o anumită situație. De exemplu, în fiecare zi există momente de reverență (recunoștință/candoare) pe care copiii le asociază cu o atmosferă calmă, liniștită, de venerație și minunare (momentul poveștii de exemplu). Atmosfera în timpul mesei de prânz, în schimb, este una mult mai sociabilă și este asociată cu a fi conștient de prezența celorlalți, de relațiile cu ei (te asiguri că fiecare a primit porția lui, asculți ce „noutăți" mai împărtășesc alți copii). Festivalurile culturale sau cele legate de anotimpuri oferă șansa de a crea o atmosferă specială, de veselie și sărbătoare. Cum spuneam, de obicei la aceste evenimente participă și familia.

Zilele de naștere sunt evenimente importante, în care părinții sau aparținătorii ori frații sunt invitați. Aceste momente sunt repere foarte importante în construirea imaginii de sine, a identității copilului și tocmai de aceea, în grădinițele de pedagogie curativă sunt marcate printr-un ritual special.

La începutul anului școlar educatorii notează zilele de naștere ale tuturor copiilor iar în ziua precedentă unei aniversări, copiii din grupă sunt pregătiți pentru eveniment. La finalul programului educatoarea le va spune că, a doua zi, grupa va sărbători ziua de naștere a colegului … care împlinește … ani. Copiii sunt încurajați să pregătească acasă, după-masa, câte un desen pentru cel sărbătorit și să-l aducă la grădiniță a doua zi. Dacă nu au pregătit acasă desenul, activitatea poate fi realizată chiar în dimineața zilei de naștere, la grădiniță. Educatoarea va aduna toate desenele copiilor și va confecționa un mic caiet-album având coperți frumos decorate. Educatoarea poate scrie pe spatele fiecărui desen numele copilului care l-a făcut și o scurtă urare pentru sărbătorit. Acesta este un excelent cadou din partea întregii grupe.

Tot în dimineața celebrării zilei de naștere, educatorii aranjează o masă pentru eveniment. Putem avea o față de masă „specială" pe care o folosim doar pentru zile de naștere iar pe masă vom așeza un număr de lumânări corespunzătoare vârstei copilului. Pe lângă acestea, avem nevoie și de o lumânare mai mare, „lumânarea vieții". Masa poate fi decorată și cu alte elemente – îngeraș din fetru sau lemn, clopoțel, pietricele, petale de flori etc. iar acest aranjament este pregătit cu grijă, în prezența copiilor din grupă. Putem confecționa pentru copii coronițe din carton sau fetru și pelerine sau mantii din mătase colorată. Ritualul zilei de naștere este asemănător unei povești magice, a unei mici serbări în care ceilalți copii au diverse roluri – înger păzitor, soare, lună, steluțe etc. Pelerinele și coronițele reprezintă darurile pe care sărbătoritul, soarele, luna și îngerul le primesc de la pământ. Astfel, sărbătoritul poate avea mantie albastră sau roz (sau orice altă culoare pe care copilul o preferă), soarele una galbenă, luna cu mantie mov iar îngerul o mantie albă. Putem pregăti și o mantie mai mare, albastră care simbolizează cerul.

Coronița sărbătoritului va fi mai amplă, mai sofisticată, decorată special, cea a îngerului păzitor mai simplă. Coronița ce simbolizează soarele poate fi realizată din carton auriu sau poate avea desenat pe ea un soare, pe coronița ce simbolizează luna putem desena simbolul lunii. Vom confecționa și coronițe ce simbolizează carul mare cu stele precum și o coroniță/coronițe ce simbolizează pământul în funcție de numărul copiilor din grupă.

Ritualul zilei de naștere începe cu un cântec ce strânge copiii la un loc iar cel sărbătorit este prezentat celorlalți de către educatoare. „Astăzi vom serba ziua de naștere a lui … care împlinește … ani." Educatoarea îi introduce apoi pe copii în atmosfera sărbătorii prin versuri specifice care pot fi însoțite în anumite momente și prin cântec la flaut. Va aprinde prima dată lumânarea mare de pe masă, apoi va pune coronița și mantia sărbătoritului. El este încurajat să aleagă colegii pentru rolurile de înger păzitor, soare, lună, steluțele care formează Carul Mare și pământ. Ei își vor primi coronițele și mantiile iar apoi, într-o simplă punere în scenă, steluțele care formează carul mare vor face un cerc în jurul copilului și al îngerului păzitor și îi vor purta pe sub bolta cerească (vor trece pe sub mantia albastră ce reprezintă cerul și care este ținută de către soare și de către lună). După acest mic joc, copilul sărbătorit împreună cu îngerașul păzitor se așază pe două scaune în mijlocul grupului format de ceilalți copii. Educatoarea pregătește atmosfera pentru povestea zilei de naștere. Aveți mai jos un exemplu pentru această poveste ce poate fi apoi continuată cu evenimente semnificative din fiecare an de viață al copilului, de la naștere și până în prezent. Dacă familia sau aparținătorii copilului sunt prezenți, îi vom încuraja pe ei să expună aceste evenimente.

În Împărăția Cerului, era o grădină foarte frumoasă
unde se jucau împreună suflete de copilași.
Într-o zi, un suflet-copilaș drăguț
și-a dorit să ajungă pe pământ.
Purtat de carul stelelor a mers prin cer și-a mers

Și într-o zi el a ajuns, la soare a ajuns.
- Soare, mare ești pe cer, dar astăzi se vestește
că pe pământ eu vreau să poposesc.
- Să mergi cu bine copilaș, dar tu să nu uiți
în fiecare zi pe cer tu să te uiți.
Apoi cu carul stelelor copilul s-a jucat
și într-un târziu el a ajuns la lună.
Eu astăzi îți vestesc că pe pământ,
eu vreau să cobor, pe el să poposesc.
- Să mergi cu bine copilaș, dar tu să nu uiți
în fiecare zi pe cer tu să te uiți.
Apoi cu carul stelelor copilul s-a jucat
iar apoi a plecat spre pământ.
A coborât, a coborât și a ajuns pe pământ.
Atunci pământul a tresărit de bucurie
căci un copil s-a născut
și horă mare au făcut în cer și pe pământ.
Căci astăzi din nou s-a născut un copilaș drăguț.

Este o poveste specială care surprinde „călătoria" copilului prin viață și marchează fiecare an împlinit de copil până acum. Educatoarea le povestește copiilor despre Împărăția Cerului unde trăiau suflete-copii băieți și suflete-copii fetițe care aveau fiecare câte un înger păzitor. Sufletul-copil și-a dorit apoi să vină în Împărăția Pământului acolo unde îl așteptau părinții lui (și frații dacă sărbătoritul are) iar îngerul păzitor l-a însoțit în această călătorie. Le povestim copiilor cum cei doi au străbătut bolta înstelată, cum Carul Mare i-a purtat în Împărăția Soarelui și apoi în cea a Lunii până când au ajuns pe pământ. Aflăm cum i-au ales părinții numele și punctăm evenimente frumoase și importante din fiecare an de viață.

Putem invita părinții sau aparținătorii să împărtășească aceste evenimente iar când aceștia vorbesc despre primul an de viață vom aprinde prima lumânare mică de pe masă, apoi a doua și tot așa până ajungem la momentul prezent. La finalul poveștii, educatoarea oferă celui sărbătorit caietul-album cu desenele realizate de copii și cu o jucărie din

lână, fetru sau lemn, confecționată de ea. Este un cadou din partea întregii grupe iar copiii sunt încurajați să îi ureze, pe rând, celui sărbătorit La mulți ani!

După primirea darurilor, sărbătoritul este invitat să stingă lumânările mici iar pe măsuța zilei de naștere va rămâne numai lumânarea mare aprinsă care ulterior este adusă în sala de mese unde servim cu toții tortul. La final vom strânge și vom depozita cu grijă coronițele și mantiile împreună cu cei mici. Pentru textul complet al poveștii și explicarea în detaliu a acestui ritual al celebrării zilei de naștere vă recomandăm cartea *Povestea zilei de naștere* scrisă de Elena Mery Voiculescu și apărută la Editura Creanga Fermecată în anul 2015.

II. Organizarea programului zilnic în grădinița de pedagogie curativă

În general, copiii intră în grădiniță în jurul vârstei de 3 ani. Unele grădinițe preferă acomodarea celor mai mici de 4 ani într-o grupă separată, dar majoritatea cuprind copii de vârste diferite și creează un mediu familial în care cei mai mari devin conștienți și receptivi la nevoile celor mai mici, iar aceștia au șansa de a învăța de la cei mari. Cei mari se presupune că sunt deja familiarizați cu structura și ritmul programului și pot ajuta foarte mult la integrarea celor mici în cadrul grupului. Efectivele de copii/grupă sunt stabilite conform Legii Educației și celorlalte regulamente în vigoare. Astfel, o grupă de grădiniță în alternativa educațională de pedagogie curativă cuprinde între 4 și 6 copii cu deficiențe severe sau între 6 și 8 copii cu deficiențe asociate. În cazul în care grupa este constituită din copii cu deficiențe ușoare sau moderate numărul este de 8 – 12 copii. Este totodată posibil ca o grupă de grădiniță să aibă între 2 și 4 copii dacă aceștia au tulburări din spectrul autist și/sau alte tulburări de sănătate mintală asociate (conform Legii 1/2011, art. 63, H.G. 1251/2005, anexa 3, art. 11 și Ordinului nr. 968/5194/714/1945/2016 pentru aprobarea normelor de aplicare a Legii nr. 151/2010). În funcție de vârstă și de situația particulară a dizabilității, copilul participă la întreg programul grădiniței sau doar la o parte.

O zi de grădiniță cuprinde program scurt (până la amiază) sau prelungit. În acest caz, prânzul este servit de copii împreună cu educatorii, urmând apoi o perioadă de odihnă, iar după odihnă, activități de joc. Programul zilei este astfel structurat pentru a exista un echilibru între perioadele mai active și cele mai relaxante. De exemplu, jocul liber este urmat de activitățile ritmice sau în cerc (muzică, mișcare), jocurile energice în natură sunt urmate de o poveste liniștită, activitățile inițiate de copil sunt alternate cu cele coordonate de către adult. Cel mai important lucru în program este tiparul predictibil, ritmicitatea activităților, ceea ce creează rutine pozitive. Astfel copilul poate dezvolta siguranță, poate exersa răbdarea și poate totodată învăța să își controleze posibilele anxietăți.

Concret, ritmul zilei în grădinița de pedagogie curativă urmează în general următoarele etape:

- Jocul liber;
- Activități (ritmice) numite și activitățile în cerc: muzică, poezii, mișcare;
- Activități casnice: gătit, pregătirea gustării, ordonarea lucrurilor, coacerea pâinii etc.;
- Activități artistice: pictură, modelaj, meșteșuguri simple, modelaj în ceară de albine;
- Jocul în aer liber;
- Povestea;
- Masa de prânz;
- Odihna;
- Plimbarea în natură/jocuri.

Obiectivele de învățare sunt incluse natural în aceste activități pe modelul experiențelor de tip „service learning" (învățare înspre comunitate – Heffernan, 2011; Furco, 2011; Astin et al., 2000). Pentru o imagine mai clară a modului de aranjare a activităților în programul zilnic și săptămânal, propunem în continuare un potențial orar pentru grupa preșcolară (Tabelul 1).

Tabel 1. ***Exemplu de orar al grupei de grădiniță în alternativa educațională de pedagogie curativă***

	LUNI	MARȚI	MIERCURI	JOI	VINERI
8:00 – 8:30	***Rutine:*** *Primirea copiilor*	***Rutine:*** *Primirea Copiilor*	***Rutine:*** *Primirea copiilor*	***Rutine:*** *Primirea Copiilor*	***Rutine:*** *Primirea copiilor*
8:30 – 9:00	Educație psihomotrică	Educație psihomotrică	Educație psihomotrică	Educație psihomotrică	Educație psihomotrică
9:00 – 9:30	Desen	Activitate matematică	Pictură	Abilitare Manuală	Cunoaşterea mediului
9:30 – 10:00	Stimularea şi dezvoltarea comunicării	Stimularea şi dezvoltarea comunicării	Stimularea şi dezvoltarea comunicării	Stimularea şi dezvoltarea comunicării	Stimularea şi dezvoltarea comunicării
10:00 – 10:30	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*
10:30 – 11:30	Jocul liber/ Joc în aer liber	Jocul liber/ Joc în aer liber	Jocul liber/ Joc în aer liber	Jocul liber/ Joc în aer liber	Jocul liber/ Joc în aer liber
11:30 – 12:00	Basm	Basm	Basm	Basm	Basm
12:00 – 12:15	Autonomie personală	Autonomie Socială	Autonomie personală	Autonomie Socială	Autonomie personală
12:15 – 13:00	***Rutine:*** *Prânzul*	***Rutine:*** *Prânzul*	***Rutine:*** *Prânzul*	***Rutine:*** *Prânzul*	***Rutine:*** *Prânzul*
13:00 – 15:15	*Rutine şi tranziții*	*Rutine şi Tranziții*	*Rutine şi tranziții*	*Rutine şi Tranziții*	*Rutine şi tranziții*
15:15 – 15:30	Educaţie Muzicală	Educaţie Muzicală	Educaţie Muzicală	Educaţie Muzicală	ADCA
15:30 – 16:00	Basm	Basm	Basm	Basm	Basm
16:00 – 16:30	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*	***Rutine:*** *Gustare*
16:30 – 17:00	Educaţie muzicală	Educaţie psihomotrică	Educaţie muzicală	Stimularea şi dezv. comunicării	ADCA
17:00 – 17:30	Desen	Activitate matematică	Pictură	Abilitare Manuală	Cunoaşterea mediului
17:30 – 18:00	***Rutine:*** *Plecarea copiilor*	***Rutine:*** *Plecarea copiilor*	***Rutine:*** *Plecarea copiilor*	***Rutine:*** *Plecarea copiilor*	***Rutine:*** *Plecarea copiilor*

Activitățile cuprinse în orar corespund planului cadru specific alternativei (OM 3622/2018, anexa 4) iar pentru o mai bună înțelegere a corelației între denumirea generică a activității, așa cum apare ea în plan cadru, și conținutul specific pedagogiei curative, se impun următoarele precizări:

- Activitățile din cele 4 domenii ale planului cadru sunt desfășurate de către educatoare (sau profesor pentru învățământul preprimar). Se normează un post/grupă dacă există program normal și două posturi/grupă în cazul unui program prelungit, respectându-se rutinele și celelalte elemente specifice alternativei de pedagogie curativă. Numărul total de ore din tura unei educatoare este de **25/săptămână**. O educatoare lucrează în intervalul 8:00–13:00, iar cealaltă în intervalul 13:00–18:00. În intervalul orar 8:00–10:00, activitățile ce presupun terapii specifice ori de compensare sunt desfășurate de către profesorul psihopedagog individual sau în parteneriat;
- **educația psihomotrică** este realizată prin intermediul **jocului liber**;
- **stimularea și dezvoltarea comunicării** este realizată prin activitățile de **joc în cerc**;
- **rutinele și tranzițiile** sunt activități de pregătire a copiilor pentru perioadele de relaxare sau somn și cuprind exersarea deprinderilor de igienă, de servirea mesei, de ordine, muncă independentă etc.;
- sunt prezente în orar și rutinele legate de primirea copiilor în grădiniță, micul dejun, prânz, gustare, plecarea copiilor acasă;
- în unele situații, grădinița poate funcționa cu program săptămânal, caz în care, este necesară o a treia tură de educator sau profesor învățământ preșcolar special;
- orarul grădinițelor de pedagogie curativă este aprobat în consiliul de administrație al unităților respective.

Plaja orară a domeniilor cuprinse în planul cadru este distribuită astfel:

1. Domeniul limbaj și comunicare are alocate 8 ore astfel:
   1.1. Stimularea și dezvoltarea comunicării – 3 ore (distribuite în 6 activități a câte 30 minute fiecare);
   1.2. Basm – 5 ore (distribuite în 10 activități a câte 30 minute fiecare).
2. Domeniul cognitiv experiențial are alocate 6 ore astfel:
   2.1. Cunoașterea mediului – 1 oră (distribuită în 2 activități a câte 30 minute fiecare);
   2.2. Activități matematice – 1 oră (distribuită în 2 activități a câte 30 minute fiecare);
   2.3. Expresie grafică și plastică – 2 ore (distribuite în 4 activități a câte 30 minute fiecare);
   2.4. Expresie muzicală – 2 ore (distribuite în 2 activități a câte 30 minute fiecare și alte 4 activități a câte 15 minute fiecare).
3. Domeniul socioemoțional are alocate 7 ore astfel:
   3.1. Joc liber – 2,5 ore (distribuite în 5 activități a câte 30 minute fiecare);
   3.2. Joc în aer liber – 2,5 ore (distribuite în 5 activități a câte 30 minute fiecare);
   3.3. Autonomie personală – 30 min (distribuite în 2 activități a câte 15 minute fiecare);
   3.4. Autonomie socială – 30 min (distribuite în 2 activități a câte 15 minute fiecare);
   3.5. Activități de dezvoltare a comportamentelor adaptative (ADCA) – 1 oră (distribuită în 2 activități a câte 30 minute fiecare).
4. Domeniul psihomotric are alocate 4 ore astfel:
   4.1. Educație psihomotrică – 3 ore (distribuite în 6 activități a câte 30 minute fiecare);
   4.2. Abilitare manuală – 1 oră (distribuită în 2 activități a câte 30 minute fiecare).

În realizarea activităților din fiecare domeniu vom avea în vedere caracteristicile vârstei copiilor, ale dezvoltării lor, astfel că durata unei activități este, în general, de 15-30 de minute. Activitățile cuprinse în aceste patru domenii prezentate mai sus sunt desfășurate de către educatoare (sau de către profesorul pentru învățământul preprimar) cu respectarea rutinelor și a elementelor specifice alternativei de pedagogie curativă. Sesiunile de terapii specifice și de compensare sunt desfășurate de profesorul psihopedagog și kinetoterapeut.

Sesiunile de kinetoterapie pot fi desfășurate individual sau în cadrul grupului, având o durată cuprinsă între 15 și 45 de minute în funcție de specificul copiilor. Comisia internă de evaluare continuă poate recomanda normarea a patru ore/săptămână la o grupă, păstrând încadrarea în totalul orelor acelei arii curriculare. Sesiunile de euritmie pot fi desfășurate individual de către profesorul euritmist. Și sesiunile de terapii și programe de intervenție pot fi desfășurate individual sau în grup, având o durată de 15 până la 45 de minute în funcție de specificul copiilor (terapia tulburărilor de limbaj, terapii artistice: euritmie curativă, pictură, muzică, dinamica formelor prin desen, artă dramatică).

Structura unei zile de grădiniță cuprinde în general următoarele momente:

1. Sosirea la grădiniță și jocul liber

La sosirea în grădiniță, copiii își lasă gecile în vestiar și schimbă papucii, folosind încălțămintea pentru interior. Își vor lua la revedere de la părinți și sunt întâmpinați de către educatori care îi salută și strâng mâna fiecărui copil.

Salutul de dimineață este extrem de important în formarea unei relații securizante copil – educator. Arată bucuria revederii, creează o relație securizantă individualizată cu fiecare copil în parte și reprezintă totodată un mijloc simplu și foarte eficient de evaluare a stării generale a copilului. O simplă strângere de mână ne poate aduce informații foarte valoroase despre cum a decurs ziua de ieri după ce copilul a plecat din grădiniță, despre cum a dormit, cum s-a trezit, care este dispoziția lui în acest moment și cum va decurge ziua pe care o începem împreună chiar

acum (Fertey, 2017). Atât salutul de dimineață cât și alte momente importante ale zilei, introducerea unor activități sau anunțarea unor acțiuni, au loc prin „ziceri". Aceste ziceri sunt simple versuri, moto-uri sau cântecele care îi anunță pe copii despre ceea ce urmează să se întâmple, le oferă structură și predictibilitate. De fapt, ele marchează începutul și sfârșitul unei activități, realizează o trecere lină între temele din orar, dau o structură întregului program al zilei. Activitățile în cerc (jocurile în cerc sau jocuri ritmice).

2. Gustarea

După activitățile în cerc copiii merg la toaletă, se spală pe mâini și se pregătesc pentru gustare. Cei mari pot ajuta la așezarea mesei (pun fața de masă, tacâmurile, șervețelele, o vază cu flori etc.). Apoi sunt așezate pe masă alimentele pentru gustare (fructe, covrigi, fulgi, lapte, budincă etc.) iar înainte de mâncare, grupa poate spune în cor o zicere sau poate cânta un cântec de sezon. Acest moment al gustării nu servește doar mâncatului, este mult mai mult decât atât: dezvoltă obiceiuri sănătoase, dezvoltă comunicarea, socializarea, cooperarea, altruismul prin împărțirea alimentelor, chiar și concepte matematice simple (numărarea paharelor, a tacâmurilor etc.). După servirea gustării, unii copii vor dori să ajute la debarasarea mesei, alții se pregătesc deja pentru ieșirea în aer liber.

3. Activitatea în aer liber

Este foarte indicat (dacă e posibil) ca fiecare grădiniță de pedagogie curativă să aibă un spațiu de joacă exterior unde copiii sunt în siguranță (cu groapă de nisip, copaci, cărări, căsuță de lemn, leagăne, tufe mai dense care permit jocul „de-a ascunselea"). Este indicat ca într-un astfel de spațiu, un loc anume să fie dedicat unei mici grădini de legume ce vor fi folosite pentru gustare. Copiii sunt încurajați să facă mici și simple activități de întreținere a grădinii. Astfel, dezvoltarea coordonării fizice prin mișcare, prin exersarea echilibrului, sunt esențiale la vârsta asta. Urcatul în copaci, datul pe leagăn, joaca cu sforile, săpatul în nisip oferă oportunități excelente pentru dezvoltarea acestor capacități și pentru descoperirea propriilor limite. Ne vom asigura întotdeauna că cei mici se

află în deplină siguranță și că sunt în permanență supravegheați pe parcursul acestor jocuri pentru a preveni orice fel de accidentare. Euritmistul sau kinetoterapeutul sunt de obicei cooptați în aceste activități pentru a putea realiza o supraveghere cât mai bună a copiilor. În plus, sistemele de agrement precum și activitățile în aer liber vor fi adaptate vârstei și posibilităților copiilor. Jocul afară este diferit de jocul în spații interioare și permite o altfel de dinamică socială. În plus, este o modalitate foarte bună de a conștientiza importanța protejării mediului înconjurător.

Unele grădinițe din alternativa educațională de pedagogie curativă fac o prioritate din activitățile în aer liber cărora le alocă un timp consistent (activitatea din grădiniță începe dimineața în aer liber sau toate activitățile din prima parte a zilei se desfășoară în aer liber). Alte grădinițe aleg să petreacă o zi întreagă sau chiar mai multe în pădure, indiferent de anotimp și de condițiile meteo.

4. Povestea

Activitățile de dimineață se încheie cu acest moment al poveștii care este punctat ca un eveniment special. Iar pentru asta, educatorii vor crea o atmosferă foarte liniștită și relaxată. Poveștile alese fac parte din cultura populară, iar educatorul poate folosi uneori o păpușă pentru a construi povestea. Basmele, poveștile despre natură, adresează latura emoțională a copiilor și dezvoltă valorile morale, fantezia și creativitatea. Povestea spusă stimulează ascultarea, extinderea vocabularului, memoria, frumusețea și ritmicitatea, muzicalitatea limbajului. Aceeași poveste este spusă mai multe zile la rând, în primele zile într-o variantă mai simplă, adăugând apoi și elemente mai complexe ce permit copilului o înțelegere mai profundă. În unele grădinițe, după acest moment, copiii sunt preluați de părinți/aparținători și vor pleca acasă iar acolo unde programul este extins, ei vor lua prânzul împreună și apoi se vor odihni în dormitor. După-masa are ritmul său și este dedicată meșteșugurilor simple, jocurilor, activităților de socializare.

III. Prioritățile educaționale în etapa preșcolară în alternativa educațională de pedagogie curativă

Domeniile majore abordate în această etapă a grădiniței sunt:

- limbajul și comunicarea (stimularea și dezvoltarea comunicării și basmul);
- domeniul cognitiv experiențial (cunoașterea mediului, activități matematice, expresie grafică și plastică, expresie muzicală);
- dezvoltarea socio-emoțională (joc liber, joc în aer liber, autonomie personală, autonomie socială, activități de dezvoltare a comportamentelor adaptative);
- domeniul psihomotric (educație psihomotrică și abilitare manuală);
- aria terapiilor specifice și de compensare (evaluare și consiliere psihopedagogică, psihodiagnoză, logopedie, kinetoterapie, euritmie, artă dramatică, arte combinate – pictură, muzică, dinamica formelor prin desen).

În alternativa educațională de pedagogie curativă, în etapa preșcolară, experimentarea scrisului sau a numerației sunt integrate natural în activitățile zilnice și nu reprezintă obiective academice în sine, ci se întâmplă natural, în timpul jocului. Învățarea formală devine un obiectiv abia în perioada școlară. Principiile enunțate de Rudolf Steiner sunt confirmate de studii recente (Melrose și Elkind, 2010; Karjalainen, 2009) care arată că o expunere prematură a copiilor la solicitări academice și tehnologice induce stres și duce la o scădere a interesului pentru învățare. Este ca și cum ne-am propune să învățăm creierul să alerge înainte ca el să știe să meargă „de-a bușilea". De aceea, în pedagogia curativă, perioada grădiniței este dedicată dezvoltării deprinderilor sociale, limbajului și coordonării (sistemul limbic) iar dezvoltarea acestor deprinderi reprezintă baza pe care se poate clădi ulterior în educație (dezvoltarea neocortexului).

Pentru învățare este nevoie de bucurie, de curiozitate, de mirare și este firesc să ne axăm pe aceste capacități în perioada preșcolară. Vom dezbate pe scurt în cele ce urmează maniera specifică pedagogiei curative

prin care se construiesc: bazele literației, numerației și comunicării, conceptele matematice, dexteritatea și coordonarea, abilitățile sociale, relația cu natura precum și legătura cu părinții și aparținătorii.

III.1. Vorbirea și limbajul

Abilitățile de comunicare se dezvoltă foarte bine în timpul jocului sau a altor activități realizate în grup. Copiii sunt implicați în jocuri ce presupun numerație și au șansa să exerseze în timpul diferitelor sarcini (ex. în așezarea mesei pentru gustare, numărăm și așezăm pahare, tacâmuri sau farfurii pe masă în funcție de numărul celor care servesc masa). Activitățile ritmice, poeziile, cântecele, poveștile, dezvoltă atât ascultarea cât și exprimarea. Activitățile în cerc, euritmia, teatrul de marionete, dezvoltă memoria, concentrarea atenției și empatia, capacități foarte importante pentru învățarea formală ce va urma, în perioada școlară.

III.2. Concepte matematice

La fel ca în cazul comunicării, învățarea constructelor matematice (cantități, greutăți, forme, operații) nu reprezintă un obiectiv în sine, ci este integrată natural în rutinele zilnice. Pregătirea mesei permite exersarea cântăritului, măsuratului, porționatului iar aranjarea jucăriilor reprezintă operarea cu mulțimi și cantități. Acestea sunt doar câteva exemple în ceea ce privește folosirea unor noțiuni matematice în moduri practice. Prin jocurile de mișcare copiii învață noțiuni precum: înăuntru, în afară, alternări, deasupra, dedesubt, în fața, în spatele etc. iar obiecte naturale precum ghinde, castane, scoici pe care le sortează, compară sau le aranjează după mărime/formă/număr/culoare etc., reprezintă un excelent suport pentru aceste episoade de învățare informală, prin joc.

III.3. Dexteritate, motricitate și coordonare fizică

Este evident că și aceste abilități sunt extrem de importante în pregătirea învățării formale de mai târziu. Numeroase studii arată că performanțele cognitive în etapa școlară (gândirea creativă, capacitatea de rezolvare de probleme, dezvoltarea funcțiilor executive, reglare

comportamentală) sunt mai mari atunci când în etapa preșcolară copiii au beneficiat de activități de dezvoltare a motricității și dexterității (Thomas și Lleras, 2009, Jensen, 2001, Tominey, 2010 etc.). Prin jocul liber, jocuri cu degetele, euritmie, jocuri în aer liber (cățărat, păstrarea echilibrului, săpat în nisip etc.) se dezvoltă motricitatea (atât cea fină cât și cea grosieră), coordonarea oculo-motorie, dexteritatea manuală, orientarea. Dacă este posibil, se va exersa într-o manieră simplă și cusutul, împletitul sau activități simple de lucru cu lemnul.

III.4. Abilitățile sociale

Pentru incluziunea ulterioară a copilului în școală și în comunitate, abilitățile sociale, relațiile și conștientizarea propriilor nevoi dar și ale celorlalți, sunt foarte importante. Astfel, în grădiniță copiii sunt învățați să își împartă lucrurile, să lucreze împreună, să aibă grijă unii de alții, să se respecte. În această perioadă copiii învață prin modelare și prin imitarea a ceea ce văd. Este foarte recomandat ca educatorii să își exprime constant iubirea, acceptarea, bunătatea, acest lucru facilitând la nivelul copiilor învățarea încrederii în adulți, în ceilalți și în sine. Uneori copiii și educatorii confecționează diverse obiecte ce devin cadouri pentru cei din familie sau pentru prieteni. În egală măsură, poveștile dezvoltă latura socială și emoțională precum și valorile morale. Poveștile sociale sunt o resursă extraordinară pentru a dezvolta comportamente adaptative și pentru a le adresa, diminua și elimina pe cele dezadaptative, nepotrivite. Ele prezintă avantajul de a putea fi create de către educator pornind de la situația particulară a copilului căruia îi sunt adresate (Gray, 2000).

III.5. Respectul față de natură

Copiii învață în grădiniță să respecte natura și să aprecieze toate darurile pe care natura ni le oferă. Totodată, ei devin conștienți de procesele, transformările și ritmurile naturii specifice fiecărui anotimp. Frumusețile naturii, plantele, insectele, animalele sunt întotdeauna prezentate copiilor în forme ce trezesc curiozitatea, mirarea și bucuria. Și aceste cunoștințe le sunt prezentate în moduri cât mai practice și simple, nu sub forma unor concepte formale. Spre exemplu, confecționarea unor

jucării din lână, bumbac, lemn sau alte materiale naturale, reprezintă o oportunitate extraordinară de a le povesti despre originile și proprietățile acestor materiale. Plimbările în natură, vizitarea unor ateliere profesionale din cadrul centrelor de pedagogie curativă, reprezintă noi oportunități de învățare conectată cu aspectele practice, de adresare a unor nevoi din comunitate, cum ar fi ecologizarea mediului, identificarea plantelor medicinale etc. (conceptul de „service learning", Sigmon, 1979; Kielsmeier, 2017).

O altă idee excelentă este aceea de a-i învăța și încuraja pe cei mici să aibă grijă de obiectele și echipamentele din grădiniță, să facă mici reparații și activități de întreținere sau curățenie în sala de grupă, în bucătărie, curte sau dormitor împreună cu educatorii.

IV. Relația cu părinții și aparținătorii

În pedagogia curativă relația cu părinții sau aparținătorii copiilor este foarte valorizată și considerată crucială pentru starea de bine și dezvoltarea armonioasă a copilului. Pentru a oferi continuitate și predictibilitate copiilor, părinții sunt invitați la diverse activități (clacă, bazar, amenajarea curții), serbări (sărbătoarea recoltei, festivalul lămpașelor, spirala de Advent, carnavalul primăverii etc.). Se pot organiza întâlniri cu părinții în care se discută principiile abordării copilului în pedagogia curativă, întâlniri de suport și consiliere pe diverse teme (dezvoltare emoțională, socială, managementul unor aspecte comportamentale).

Consilierea părinților este o altă direcție de acțiune foarte importantă pentru echilibrul familial și pentru sănătatea emoțională și relațională a copilului și a părinților săi. Trebuie precizat încă de la început că în procesul de consiliere nu se oferă sfaturi sau soluții, nu se operează cu valori dihotomice de tip normal/anormal, corect/greșit, iar consilierea nu trebuie sub nicio formă să stimuleze vinovăția. Ședințele de consiliere sau terapie sunt organizate de către personal specializat în domeniul psihoterapiei. Adesea vom întâlni părinți ce nu au primit asistență în procesarea și acceptarea prezenței unui copil cu dizabilități în viața lor. Sunt părinți ce nu au avut șansa de a fi sprijiniți în momentul aflării

diagnosticului și nici după, în momentele dificile pe care le-au trăit încă de la nașterea copilului. Astfel, duc cu ei o traumă cel mai adesea neprocesată, au temeri legate de prezent și de schimbările ce apar inevitabil odată cu integrarea copilului în sistemul de educație și terapie și dezvoltă, în mod justificat, anxietăți puternice legate de viitor („Ce se va întâmpla atunci când copilul meu va crește?", „Vom putea face față?" și, poate cea mai crudă și dură întrebare/frică: „Ce se va întâmpla cu copilul meu atunci când eu nu voi mai fi?"). Tocmai de aceea, părinții copiilor din grădinița noastră trebuie să fie abordați și sprijiniți cu multă grijă, răbdare, cu încredere și acceptare.

Studiile (Brown, 2013) arată că acești părinți experimentează adesea sentimente de doliu, sentimente de pierdere a unui „copil sănătos" pentru a cărui venire pe lume s-au pregătit atât de mult. Adesea apar și sentimente de vinovăție. Modelul doliului Kubler-Ross (2008) prezintă stadiile prin care trec părinții copiilor cu dizabilități (Figura 1). Rolul consilierii este acela de a-i însoți în tot acest proces în care acceptarea este ultima etapă iar drumul până acolo necesită timp, empatie și compasiune.

Stadiul	Gânduri asociate	Comportamente asociate
• NEGARE	• Nu pot accepta!	• Continui să caut/cer
• FURIE	• De VINĂ e medicul, Dumnezeu, copilul etc.	• Agresivitate, furtună
• NEGOCIERE	• Dacă mai încerc, îl vindec	• Supramotivare, suprasolicitare
• DEPRESIE	• Nimic nu se va rezolva	• Izolare, letargie
• ACCEPTARE	• O să fac ce POT, unele lucruri se pot rezolva, altele nu	• Complianță, colaborare cu ceilalți

Figura 1. ***Stadiile doliului după modelul Kubler-Ross (2008)***

În cadrul grădiniței de pedagogie curativă se pot organiza regulat (săptămânal sau o dată la două săptămâni), activități de terapie de grup sau grupuri de suport pentru părinți. Terapia de grup este coordonată de un psihoterapeut care va fi prezent la toate ședințele. În terapia de grup

sunt abordate teme sau probleme comune ale părinților (anxietăți, depresie, divorț, dependențe, dificultăți în relații, violență ori autocunoașterea, dezvoltarea personală, creșterea stimei de sine, optimizarea relației cu propriul copil cu dizabilități sau a relațiilor din familie, procesarea și integrarea unor evenimente traumatizante etc.). Uneori părinții au sentimentul că sunt singuri și singurii care au o astfel de problemă iar înțelegerea că și alții trăiesc situații similare, este în sine eliberatoare. În plus au șansa de a primi și în același timp de a oferi suport celorlalți părinți aflați în situații asemănătoare.

Structura unei sesiuni de grup urmează în general succesiunea:

- deschidere: aproximativ 15 minute (adunarea părinților, exerciții de încălzire sau tip „blitz", setarea obiectivelor și agenda activităților ce se vor desfășura în respectiva ședință);
- desfășurarea efectivă a sesiunii: 60 – 90 de minute (explicarea exercițiilor, realizarea efectivă a activităților, sesiune de tip „debriefing" după activitate în care părinții exprimă emoțiile, insight-urile, gândurile despre ceea ce au lucrat și au descoperit);
- încheierea: 10 – 15 minute (în care atât psihoterapeutul cât și părinții oferă feedback).

Organizarea unui astfel de program de terapie de grup cu părinții, le aduce acestora foarte multe beneficii (Yalom, 1983):

- existențiale (asumarea responsabilității pentru propria existență, asumarea consecințelor propriilor decizii, libertatea de a alege sensul propriei vieți);
- speranța (văzând cum alții au reușit să depășească greutăți, părinții dezvoltă convingerea că și ei pot face asta);
- universalitatea (descoperind că și alții au aceste dificultăți, nevoi, frici, dorințe, sentimentele de izolare se estompează);
- informarea (despre procesul terapeutic, acces la servicii, demersuri deja testate de alții);
- altruismul (părinții se ajută reciproc, își cresc stima de sine și adaptarea, se încurajează, se acceptă reciproc);

- rescrierea tiparelor comportamentale problematice din trecut (conștientizarea lor, înlocuirea cu alternative pozitive, consolidarea lor în grup);
- modelarea/imitația(învățarea de noi comportamente prin observarea felului în care ceilalți exprimă emoții, gânduri, frici, dorințe);
- coeziunea (prin suportul, compasiunea, încurajarea celorlalți și feedback-ul primit și oferit);
- eliberarea (de sentimentele negative, de rușine, jenă, vinovăție, auto-acceptarea, dezvoltarea rezilienței).

Grupurile de suport sunt un alt instrument foarte potrivit pentru părinții copiilor cu dizabilități (Solomon, Pistrang și Barker, 2001). Organizarea și desfășurarea activităților în cadrul grupului de suport au un caracter mai flexibil, mai nestructurat decât în sesiunile de terapie de grup. Părinții pot gestiona grupul fără a fi neapărat necesară prezența psihoterapeutului. Grupul de suport nu se axează pe terapie, ci pe oferirea de sprijin reciproc, împărtășire, sfaturi, încurajări și compasiune.

V. Specializarea educatorilor în pedagogia curativă

Pe lângă specializarea de bază în domeniul psihopedagogiei și științelor educației, educatorii ce lucrează în alternativa educațională de pedagogie curativă au parte de o formare riguroasă organizată sub egida Federației de pedagogie curativă din România. Organizația eliberează avizul de funcționare în alternativă, recunoscut de Ministerul Educației și Cercetării și necesar pentru ocuparea posturilor didactice. Formarea cuprinde 400 de ore de pregătire (module psihopedagogice și artistice: pictură, muzică, modelaj, euritmie, desenul formelor, meșteșuguri, artele spectacolului) întinse pe parcursul a trei ani și însoțite de ore de intervizare și supervizare și este prezentată schematic în tabelul următor (Tabel 2).

Tabel 2. ***Organizarea procesului de formare în pedagogia curativă***

Certificat obținut după formarea inițială	Certificat obținut după specializare	Anul de studiu
	Nivelul II – specializare • 10 întâlniri de formare în grup (5 întâlniri în fiecare an) • 4 module de activități artistice • 48 ore de intervizare • Eseu de autocunoaștere	Anul III
		Anul II
Nivelul I – Formarea inițială în pedagogia curativă • 3 întâlniri de formare în grup • 3 module de activități artistice • 36 ore de intervizare • Eseu de autocunoaștere		Anul I

Temele abordate în formare vizează auto-cunoașterea și dezvoltarea personală a educatorilor, caracteristicile pedagogiei curative, abordarea specifică a dizabilității în alternativa educațională de pedagogie curativă, formarea relației, rolul atașamentului secundar în educație, consilierea părinților sau aparținătorilor, relația cu alte alternative, noțiuni de psihiatrie, etapele și punctele centrale ale dezvoltării ființei umane, abordarea provocărilor comportamentale, precum și noțiuni bazale în ceea ce privește sexualitatea.

Doresc să menționez aici faptul că abordarea sexualității este realizată conform cercetărilor actuale în domeniu (Hough, 2018; Kelly, 2012) iar în perioada preșcolară sunt abordate noțiuni potrivite nivelului de dezvoltare a copiilor, legate de corpul uman, spațiul public/privat, atingeri potrivite/nepotrivite, cercul relațiilor, bullying, prevenirea oricăror forme de abuz etc. Cercetările (Sakellariou, 2006) prezintă date îngrijorătoare potrivit cărora, riscul unui copil cu dizabilități de a fi abuzat este de zece ori mai mare decât al unui copil cu traseu tipic de dezvoltare, iar aceste teme trebuie abordate profesionist, potrivit vârstei și înțelegerii copilului.

În pedagogia curativă, prin auto-cunoaștere și dezvoltare personală, educatorii devin conștienți de influența morală și de rolul de model pe care îl au asupra copiilor. În general, cei mici oricum imită ceea ce fac

adulții, nu ceea ce spun adulții și în plus, ei imită nu doar ce face un adult ci și *cum* face acel lucru. De la felul în care mânuim anumite instrumente și echipamente, până la felul în care gestionăm anumite situații în grupă, felul în care relaționăm cu alți colegi adulți, cu părinții lor, inclusiv gândurile, emoțiile, gesturile noastre exprimate, limbajul corporal, toate acestea sunt „înregistrate" și internalizate de către copii. Educatorii noștri se presupune că știu totodată cum să încurajeze activitatea independentă și dezvoltarea copilului prin joc sau activități inițiate de către ei, dar și cum să „țină închegat" întreg colectivul grupei într-o atmosferă de calm și liniște.

Astfel, educatorul nu este doar un cadru didactic ci și un terapeut conștient, în primul rând, de relația sa cu sine și cu ceilalți. El nu este doar o persoană cu abilități în domeniul școlarizării, ci un model și un modelator de caractere și viitoare personalități. Educatorul procedează asemeni unui grădinar care știe că pentru ca o plantă să poată crește și să se dezvolte e inutil să tragă de frunzele și de tulpinile ei, ci e nevoie să-i ofere apă, lumină, umbră. E nevoie ca un pedagog curativ să:

- manifeste colaborare, respect, grijă;
- însoțească și să susțină copilul în drumul său de dezvoltare;
- observe și să analizeze atent cauzele care determină diferite bariere și să caute soluții;
- faciliteze accesul la resursele interioare;
- ghideze, să susțină și să încurajeze găsirea de capacități și resurse;
- faciliteze exprimarea liberă, inițiativa, creativitatea, flexibilitatea, adaptarea;
- stimuleze acceptarea, iertarea, echilibrul;
- dezvolte talentul și potențialul uman prin încredere.

Rudolf Steiner (1908) spunea că cele mai importante capacități ale pedagogului curativ sunt iubirea și acceptarea copilului, observarea atentă a acestuia precum și auto-cunoașterea și dezvoltarea personală. Astfel, e firesc ca acestea să reprezinte teme-nucleu în formarea și specializarea celor care lucrează în alternativa educațională de pedagogie curativă.

V.1. Proiectarea didactică, monitorizarea și evaluarea

În elaborarea proiectelor și a planificării didactice toți educatorii din grădiniță lucrează împreună. Selectarea poveștilor, a cântecelor, a poeziilor, a sesiunilor terapeutice și educative precum și a activităților în funcție de anotimp, de momentele importante ale anului și de dinamica grupei reprezintă o sarcină de grup realizată de întreaga echipă terapeutico-educativă. Progresele în dezvoltare și ajustarea programelor sunt de asemenea, realizate în grup. Observarea atentă a copiilor este realizată de educatorii de referință iar aceste informații importante sunt apoi analizate în cadrul sesiunilor de studiu de caz la care participă întreaga echipă a grădiniței (și la care sunt invitați și părinții sau aparținătorii copilului). La finalul anului școlar, educatorii întocmesc pentru fiecare copil un profil de dezvoltare, o caracterizare ce cuprinde punctele tari, capacitățile și resursele acestuia. Caracterizarea este realizată într-o manieră pozitivă, accentul nefiind pus pe diagnostic și pe dizabilitate ci pe dezvoltarea copilului. Această modalitate de evaluare de final de an, specifică pedagogiei curative, este realizată, an de an, de la grădiniță până la finalizarea întregului ciclu de școlarizare (inclusiv în școala profesională) și este un indicator autentic al evoluției copilului de la vârste mici spre viața de adult. Ea poate îngloba și un vers, o poezie scurtă sau un moto ori un desen reprezentativ pentru fiecare copil.

V.2. Supervizare

Activitățile de inspecție specifice sistemului de învățământ din România sunt realizate de către personalul competent din structurile responsabile de această activitate din conducerea Centrelor de pedagogie curativă, Inspectoratelor Școlare Județene, Ministerului Educației și Cercetării, Comisiei Naționale de Alternative Educaționale etc. Federația de pedagogie curativă din România desfășoară activități de supervizare și mentorat prin Comisia de formare din cadrul organizației.

Supervizarea nu este o activitate de control, ci presupune discutarea unor aspecte legate de:

- **Curricula specifică alternativei de pedagogie curativă:**
  - respectarea cerințelor specifice atât ale sistemului educațional (Ministerul educației, ISJ, Comisia Națională de alternative educaționale) cât și ale Federației de pedagogie curativă din România;
  - stabilirea obiectivelor generale și specifice în proiectarea activității didactice (cu respectarea ponderii echilibrate între activitățile cognitive, artistice și practice);
  - realizarea planificărilor disciplinelor de învățământ cu respectarea specificului alternativei, a ritmului zilei, săptămânii, anului;
  - pregătirea materialelor necesare activităților specifice în alternativă;
  - dezvoltarea unor planuri de intervenție și de măsuri privind disciplina, potențiale pericole, urgențe, măsuri specifice de siguranță.
- **Managementul clasei:**
  - gestionarea elevilor;
  - stabilirea ritmurilor și rutinelor în grupă/clasă;
  - atitudinea pedagogului curativ în grupă/clasă;
  - mediul și aranjarea grupei/clasei (în corelație cu specificul alternativei și cu etapele de dezvoltare a copilului).
- **Relațiile în cadrul colectivului grădiniței, centrului de pedagogie curativă:**
  - profesionalism și dezvoltarea de relații profesionale sănătoase;
  - atitudine colegială pro-activă și suportivă (entuziasm, curtoazie profesională);
  - flexibilitate, integritate, recunoștință, bunătate, autocontrol, perseverență;
  - managementul stresului, al conflictelor, stabilitate emoțională, obiectivitate.
- **Consilierea/asistarea părinților:**
  - dezvoltarea unei relații securizante cu părinții prin respect mutual, încredere și dialog constant;

- recunoașterea și adresarea nevoilor familiilor;
- organizarea sesiunilor de consiliere cu părinții, frații, familia extinsă;
- facilitarea prezenței părinților la evenimentele grădiniței/centrului de pedagogie curativă.

➢ **Dezvoltare personală:**

- participarea la cursuri de formare ce oferă competențe specifice în alternativa educațională de pedagogie curativă;
- participarea la sesiuni de intervizare, mentorat;
- implicare în sesiuni de auto-cunoaștere, auto-evaluare;
- participarea la cursuri de formare în domeniul psihoterapiei pozitive, psihodramă etc. (recomandare);
- schimburi de experiență în grădinițe/structuri similare din rețeaua națională sau internațională de pedagogie curativă.

➢ **Gestionarea unor situații problematice:**

- dezvoltarea atașamentului secundar securizant în relație cu elevii;
- prevenirea și recunoașterea factorilor de stres ce pot declanșa comportamente problematice;
- organizarea unor studii de caz pentru analiza situațiilor problematice;
- stabilirea direcțiilor de intervenție și a soluțiilor de implementare.

Orice persoană care lucrează în centrele de pedagogie curativă poate solicita oricând supervizare federației. Această activitate poate fi organizată online sau față în față, individual sau în grup, în funcție de felul în care supervizorul și supervizatul agreează. Relația de supervizare este una bazată pe încredere și onestitate, funcția acestui instrument fiind aceea de a găsi soluții pentru situațiile aduse în discuție.

Bibliografie

1. Astin A., Vogelgesang L., J., Ikeda E., K., Yee J., A., (2000). *How Service Learning affects students,* Higher Education Research Institute University of California, Los Angeles
2. Blaga L. (1991). *Poemele luminii*. Editura Prometeu, București
3. Brown J., M., (2013). *Recurrent grief in mothering a child with an intellectual disability to adulthood: grieving is the healing*, Child and Family Social Work.
4. Fertey P., (2017). *The morning handshake and its deeper meaning,* Renewal Pressreader.
5. Furco A., (2011). *Service-Learning: a balanced approach to experiential education,* în Expanding Boundaries: Service and Learning. Washington DC: Corporation for National Service.
6. Gray C., (2000). *Writing social stories with Carol Gray,* Future Horizons
7. Heffernan K., (2011). *Service-Learning in higher education*, Brown University
8. Hough S., (2018). *Global perspectives on sexuality and disability*, Sexuality and Disability – A Journal Devoted to the Psychological and Medical Aspects of Sexuality in Rehabilitation and Community Settings, volume 37, pag. 473–474
9. Jensen, E. (2001). *Arts with the brain in mind*. Alexandria, VA, USA: Association for Supervision and Curriculum Development.
10. Karjalainen E., (2009). *Promoting human health through forests: overview and major challenges,* Environmental Health and Preventive Medicine 15(1):1-8
11. Kelly G., Crowley H., Hamilton C., (2009). *Rights, sexuality, and relationships in Ireland: „It'd be nice to be kind of trusted"*, British Journal of Learning Disabilities, pag. 308–315
12. Kielsmeier, J. (2017). *Bringing learning to life through service*. Association for Middle Level Education.
13. Kubler-Ross E., (2008). *On death and dying*, Routledge Group
14. Laevers F., (2006). *Forward to basics! deep-level-learning and the experiential approach,* Early Years. An International Research Journal, Volume 20
15. Lillard A., S., Lerner M., D., Hopkins E., J., Dore R., A., Smith E., D., Palmquist C., M., (2013). *The impact of pretend play on children's development: a review of the evidence*, American Psychological Association, Psychological Bulletin,Vol. 139, No. 1, 1–34
16. Melrose R., Elkind D., (2011). *Why Waldorf works: the neuroscience explains,* publicat online (https://www.drmelrose.com/2011/01/26/why-waldorf-works-the-neuroscience-explains/)
17. Moon, J.A. (2004). *A handbook of reflective and experiential learning: theory and practice*. New York: RoutledgeFalmer.

18. Nicol J., Taplin J., T., (2017). *Understanding the Steiner Waldorf approach: early years education in practice,* Routledge, ISBN-10: 1138209848
19. Sakellariou D., (2006). *Sexuality and disability: a case of occupational injustice,* British Journal of Occupational Therapy 69(2):69-76
20. Sigmon, R., L., (1979). *Service-learning: Three Principles*. National Center for Service-Learning, ACTION, 8(1):9-1 1.
21. Solomon M., Pistrang N., Barker C., (2001). *The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities*, American journal of community psychology vol. 29, pag.113–132
22. Stagnitti K., Lewis F., M., (2014). *Quality of pre-school children's pretend play and subsequent development of semantic organization and narrative re-telling skills,* International Journal of Speech-language pathology 17(2):1-11
23. Steiner R., (1996). *Filozofia libertății*, Editura Triade, Cluj-Napoca.
24. Steiner, R. (1964). *Lecture III. In the arts and their mission*. London: Rudolf Steiner Press.
25. Thomas, L., Lleras, A. (2009). *Body movements can influenece problem solving*, Reserachers report, Science Daily: Science News.
26. Tominey, S. L. (2010). *And when they woke up...they were monkeys! Using classroom games to improve preschooler's behavioral selfregulation*. ProQuest dissertation and thesis full-text: http://gradworks.umi.com/34/21/3421573.html.
27. Voiculescu E., M., (2015). *Povestea zilei de naștere,* Editura Creanga fermecată.
28. Yalom I., (1983). *Teoria și practica psihoterapiei de grup*, Basic Books, New York

Resurse web:

https://www.lavendersbluehomeschool.com/blogs/wet-on-wet-watercolor-painting-in-the-waldorf-inspired-kindergarten-homeschool

https://camphill.edu/wp-content/uploads/2019/11/CE-handbook-2019-20-8-27-19.pdf

https://infojurist.ro/monitorul-oficial-partea-i-nr-425-din-18-05-2018 (Ordinul nr. 3622/2018 privind aprobarea planurilor-cadru pentru învățământul special preșcolar, primar și gimnazial)

Facilitarea dezvoltării integrale a copiilor cu dizabilități multiple prin abordarea metodei învățării active

Mihaela Bujor

Cum putem facilita dezvoltarea și învățarea la copiii cu dizabilități multiple și/sau dizabilități grave, severe, profunde?

Copiii cu dizabilități multiple sunt adesea ancorați în propria lume, limitată la propriul corp. Pentru a-i scoate din acest spațiu, adultul trebuie să intre în lumea copilului și să-l conducă spre exterior, să deschidă ușa către ceea ce este dincolo de propriul univers, să-l ajute să-și găsească identitatea, să se cunoască pe sine și pe ceilalți. Crearea unei legături între copil și adult, între copil și mediu poate fi un proces de durată, care necesită abordări, metode, tehnici variate. Educarea copiilor cu dizabilități senzoriale multiple poate fi o provocare continuă, nu există o tehnică specifică sau o abordare standard care să garanteze progresul lor.

Principalul obiectiv în aceste cazuri este de a ajuta copilul să fie deschis la învățare. Învățarea activă prin propria lor descoperire poate fi o abordare prietenoasă copilului, o alternativă la metodele educaționale, încurajând explorarea, jocul și învățarea auto-inițiată.

Ce este de fapt învățarea activă (active learning)?

Învăţarea activă are la bază credinţa că toţi copiii pot învăţa. Filosofia din spatele abordării învăţării active este aceea că oferind oportunităţi pentru învăţare, prin propria explorare, copilul va câştiga deprinderi, care în timp vor deveni rutine, pentru a fi folosite în interacţiunea cu alţii sau pentru propria persoană, şi în timp îl vor ajuta să reacţioneze în mod

corespunzător la instruire şi educaţie. Cu alte cuvinte, se va dezvolta să fie cât de independent se poate (Nielsen, 2004).

Această metodă studiată, experimentată și utilizată în domeniul educației speciale, a fost descrisă de dr. Lili Nielsen și pune accentul pe dezvoltarea copilului în mod integral, fiind o abordare totală (activelearningspace.org, 2018), care intercorelează ariile de dezvoltare (cognitiv, psihomotor, senzorial, emoțional, social, autonomie), abilitățile achiziționate corespondente unui domeniu, totul legându-se într-un mic întreg. Acest întreg ar trebui să conţină gradual tot mai multe detalii, pe măsură ce copilul își lărgește capacitatea de înţelegere. Experimentând singur sau cu alții, printr-o atitudine activă, copilul achiziționează și păstrează cel mai ușor informațiile.

Abordarea dezvoltată de dr. Lili Nielsen conține un curriculum, evaluare, propuneri de resurse materiale specifice, strategii și instrucțiuni care sprijină copiii să participe activ în mediul lor, dar poate fi complementară și altor abordări.

Cui se adresează?

Această metodă a fost gândită inițial pentru copiii cu dizabilități vizuale și surdocecitate, dar s-a dovedit a fi eficientă și în cazul altor dizabilități, paralizie cerebrală, întârzieri în dezvoltare, tulburări din spectrul autist, dizabilități multiple, copii care, din prisma lui Lili Nielsen, se află în stadiul 0-24 luni, stadiul senzorio-motor (conform lui Piaget). Cunoașterea caracteristicilor dezvoltării specifice acestei vârste de către aparținători/profesori este esențială. În acest stadiu, copiii dobândesc cunoștințe prin experiențe senzoriale, prin manipularea de obiecte, prin reflexe de bază, simțuri și răspunsuri motorii. Această perioadă este una plurivalentă și încărcată pentru copii, este o perioadă în care se petrec achiziții importante pe toate ariile de dezvoltare- învață să repete în mod intenționat o acțiune care le oferă o senzație corporală plăcută, apariția unor comportamente complexe, cum ar fi orientarea către un scop, începe rezolvarea de probleme, prin acțiuni cauză-efect, (Papalia&all, 2010), achiziția deprinderilor motrice de bază – târârea, mersul, gesturi motrice, se dezvoltă limbajul, interacțiunea cu ceilalți, atașamentul, spre finalul stadiului, apare gândirea reprezentativă

timpurie. Această metodă poate fi extinsă până la dezvoltarea corespondentă vârstei de 48 luni, dar principiile învățării active, în mod general, sunt aplicabile de-a lungul întregii vieți.

Cum putem determina copilul să fie un "activ learner"?

De multe ori copiii cu dizabilități senzoriale multiple sunt tratați ca și cum nu ar putea face nimic, sunt învățați să aibă un comportament pasiv, („neputință învățată" Seligman, 1975), mai ales de către părinți, bunici, care tind să îi supraprotejeze. Ei au un control foarte mic asupra evenimentelor din viața lor, lucru care are ca și consecințe o motivație scăzută pentru a iniția acțiuni și dificultăți în a învăța că pot obține rezultate dorite prin implicarea proprie, devenind receptori pasivi în loc de participanți activi. Din păcate, în multe cazuri, programele aplicate încurajează copilul să devină dependent de promptul instrucțional în timpul activităților zilnice.

O strategie importantă pentru promovarea învățării active și sprijinirea copilului să își dezvolte simțul controlului asupra evenimentelor, o constituie stimularea contingentă deoarece este dependentă de răspunsul copilului, stimulul senzorial fiind declanșat ca o consecință a comportamentului său. Chean și Kwan (1999) spun că stimularea vizuală contingentă poate crește atenția vizuală, de exemplu, o jucărie care luminează, se mișcă, scoate sunete doar atunci când copilul se uită la ea, îl direcționează să învețe că atunci când se uită în direcția jucăriei determină să se întâmple ceva, iar în timp, învață să-și anticipeze acțiunile. Acesta este un mod de a-l face pe copil să înțeleagă faptul că poate influența mediul prin comportamentul său și va deveni un participant activ în experiența învățării. În schimb, dacă acțiunea obiectelor continuă (să lumineze, să sune, să se miște), indiferent de atenția copilului, acesta devine un receptor pasiv, ceea ce se întâmplă în jurul său nu are legătură cu acțiunile sale. Stimularea pasivă trebuie folosită cu înțelepciune, iar stimulii să fie folosiți să motiveze copilul să ceară, atingă, manipuleze, recunoască sau în contextul jocului, nu doar pentru a-i fixa. De la „a învăța să privească", copilul să ajungă în timp „să privească ca să învețe". Periodic, interacțiunea cu obiectele poate fi oprită pentru a observa cum răspunde acesta, și dacă este dispus să continue să exploreze sau să acționeze. Pe

măsură ce copiii interacționează cu mediul lor, ei fac continuu noi descoperiri despre modul în care funcționează lumea.

Oferirea posibilității de a alege dintre ce îi place și ce nu îi place sau permisiunea de a conduce acțiunea pot fi alte modalități de stimulare a participării active. Ghidarea, promptarea copiilor cu dsm, se realizează de multe ori prin ghidajul „mână pe mână" sau asistență fizică totală, dar folosite necorespunzător, ajungem din nou la aceste strategii care promovează participarea pasivă (Chen și Kwang, 1999, Clarke, 2022), copilul fiind stopat în a avea initiative proprii. De aceea, ghidarea trebuie realizată cu multă atenție, pentru a sesiza momentele de inițiativă ale copilului, iar ghidajul să fie alternat cu momente în care este lăsat să continue singur mișcările inițiate de adult sau să-și dezvolte propriile strategii de explorare. Unii copii, mai ales cei cu dizabilități grave, s-ar putea să nu facă alegeri natural, pentru că nu au experiență sau nu înțeleg ce li se cere (Chen și Kwang, 1999). Învățarea activă este dinamică, deci ceea ce funcționează bine pentru copil astăzi, poate să nu funcționeze mâine. (activelearningspace.org, 2018)

Care sunt condițiile necesare pentru facilitarea procesului învățării?

Procesul învățării poate fi ajutat să se nască și să se dezvolte asigurând anumite condiții, prin care copilul să beneficieze de:

- suficiente oportunităţi de învăţare pentru nivelul său de dezvoltare;
- căi multiple de experimentare, explorare în realizarea unei activități;
- timp suficient pentru explorarea şi repetarea de câte ori este necesar, în vederea păstrării informaţiei câştigate şi pentru a-i permite copilului să se asigura că obține aceleași rezultate abordând o modalitate specifică de acţiune (lucru care duce în timp la înțelegerea realității); mulți dintre acești copii au nevoie de mai mult timp pentru a procesa informația, a înțelege ce se întâmplă și a produce un răspuns (Clarke, 2022);
- oportunități de a imita pe alții;
- posibilitatea comparării experienţelor – acest lucru îi permite să descopere similarităţi şi diferenţe, să recunoască experienţele specifice, să asocieze experienţele noi cu altele, deja stocate în

memorie, să creeze legături între acestea, iar mai târziu să le categorizeze şi generalizeze;

- mijlocirea împărtăşirii propriilor interese şi experienţe cu alţii, învățând cum să iniţieze interacţiuni (Lowenfeld, 1973, apud. D"Andrea; Farrenkopf, 2000).

Aceste lucruri sunt general valabile pentru toți copiii, dar dacă învățarea în primii ani vine, de cele mai multe ori, natural, firesc, fără prea multă intervenție din partea adultului, în cazul copiilor cu dizabilități multiple, toate lucrurile numite mai sus trebuie gândite și oferite, create, de adultul care devine arhitectul dezvoltării copilului.

Care sunt factorii esențiali care contribuie la dezvoltarea integrală și la crearea condițiilor necesare conturării procesului de învățare?

Cu siguranță, există multe variabile care constituie, practic, baza progresului și învățării copilului (a se vedea figura 1), dar, în cele ce urmează, voi detalia doar parte dintre acestea:



Figura 1. ***Factori care influențează procesul învățării în contextul dizabilităților multiple***

a) Comunicarea și unitatea în acțiuni la nivel de echipă multidisciplinară;

Un clișeu, aflat mai mult la nivel teoretic în educația din România este colaborarea la nivel de echipă multidisciplinară. Fără cooperarea în cadrul echipei, actul educațional devine haotic, fără a se avea în vedere dezvoltarea globală a copilului. De aici, practic, pornește totul. Echipa aceasta ar trebui să fie o mică făbricuță, în care fiecare are rolul său bine determinat, unul fără altul neputând crea acele condiții optime pentru obținerea unor rezultate cât mai eficiente. Unul dintre cei mai importanți „muncitori" este părintele. Dincolo de comunicarea cu copilul stă comunicarea cu părintele. Cum poate să atingă copilul adevăratul său potential, când parte din viața lui stă acasă, înconjurat de oameni care nu știu cum să creeze punți de legătură cu acesta? În cazul copiilor cu dizabilități multiple, educația nu ar trebui întreruptă, segmentată între casă și școală sau grădiniță, ci să există într-adevăr o continuitate. Desigur, acest lucru presupune un efort suplimentar și depinde de fiecare dintre noi să dezvoltăm aceste „mici școli ale părinților".

Părintele e necesar să fie informat despre ceea ce conține planul de intervenție, care sunt obiectivele urmărite, materialele și jocurile care pot să fie realizate pentru a exista o continuitate între ceea ce se întâmplă la grădiniță/școală și acasă.

Sunt câteva elemente care trebuie avute în vedere, și care să fie general valabile pentru toți membrii echipei:

- fiecare persoană care interacționează cu copilul să cunoască modul în care acesta comunică (primește și trimite mesaje);
- fiecare persoană să aibă răbdare pentru a privi și asculta copilul;
- fiecare persoană să aibă acces la înregistrări/observații pentru a ști la ce să se aștepte și ce asimilează copilul (Stremel,Wilson, 1998).

Existența unor fișe de observații comune pot ușura comunicarea în cadrul echipei și procesul de împărtășire al informației. În cadrul echipei nu este loc de orgolii, obiectivul principal pentru toți fiind tocmai dezvoltarea copilului la adevăratul său potențial.

b) Realizarea unei evaluări cât mai complexe, continue, urmărirea progresului;

Pentru realizarea unui plan de intervenție cât mai funcțional, pentru a construi mediul potrivit de la care copilul va putea învăţa, este necesară o bună cunoaștere a acestuia, ce știe să facă, care sunt interesele sale, deci o evaluare complexă. Comunicarea fiind precară, de multe ori, procesul evaluării se realizează cu dificultate. Din păcate, există prea puține teste și/sau scale pentru evaluarea copiilor cu dizabilități multiple. În cazul copiilor cu dsm, testele standard nu sunt suficiente pentru a ne face o imagine de ansamblu asupra resurselor copilului. O evaluare corespunzătoare presupune timp și răbdare, observarea copilului în multiple ipostaze, și nici atunci nu poți spune că informația e completă, multe lucruri le observăm sau ne dăm seama de ele pe parcursul intervenției. Informaţiile pot fi obţinute atât prin observarea copilului, cât şi interviul cu aparţinătorii şi profesorii, aplicarea de scale de evaluare etc. Hathazi (ed.2019), Ayyildiz, Akçin & Güven (2016) recomandă testele nestandardizate și scalele de tipul Callier-Azusa H, Communication Matrix etc., special folosite pentru evaluarea comportamentelor de comunicare preverbale.

Evaluarea ne ghidează de unde să începem intervenția. Dacă începem de la un nivel prea înalt, copilul poate acumula frustrări, iar de la un nivel prea jos, există riscul pierderii interesului şi motivaţiei.

Ce domenii trebuie să avem în vedere când realizăm evaluarea? Lili Nielsen a propus o scală de evaluare care se numește *Schema funcțională*, dar, per general, domeniile care sunt necesar a fi evaluate sunt:

- Limbaj nonverbal, verbal;
- Nivelul de înțelegere;
- Percepția analizatorilor (percepția auditivă, vizuală, tactil-kinestezică, gustul, mirosul);
- Motricitatea grosieră și fină;
- Dezvoltarea socială și emoțională;
- Nivelul de joc;

- Abilități de autonomie personală (toaletă, igienă, alimentație, îmbrăcat/dezbrăcat);
- comportamente care apar indiferent de nivelul de dezvoltare (blindisme, defensivitate, agresivitate/autoagresivitate etc.), care pot împiedica învățarea dezvoltării. (Obruzt, 2016)

De asemenea, cadrul didactic va avea în vedere ca evaluarea să îl ghideze spre piloni importanți ai structurării planului de intervenție, spre identificarea nevoilor copilului:

- Care sunt căile preferate de receptare a informației?
- Care sunt materialele la care reacționează copilul?
- Ce cunoaște copilul?
- Unde dorim să ajungem?
- Care sunt modalitățile de evaluare?
- Care sunt metodele cu ajutorul cărora pot face să funcționeze învățarea activă și să ajut copilul să atingă obiectivele?
- Are rutine formate? Care este consistența acestora?
- Care este gama de experiențe a copilului?

Evaluarea trebuie să încorporeze strategii care oferă informații semnificative, iar din acest proces trebuie să facă parte toți membrii echipei. (Zatta, Sacks, 2016)

În urma realizării evaluării și înainte de a proiecta planul de intervenție, profesorul trebuie să concluzioneze rezultatele evaluării, stabilind o analiză de nevoi, pentru implementarea strategiilor învățării active.

c) Conceperea și implementarea planului de intervenție personalizat, funcțional, cu obiective clare și concrete;

Un plan de intervenție funcțional și coerent presupune ca, în proiectarea programului, finalul să fie avut în vedere încă de la început (Zatta, Sacks, 2016), pornind de la:

- Identificarea obiectivelor de învățare – acestea vor avea ca punct de plecare ceea ce poate face copilul, care sunt activitățile care îi plac, de la elementele reactive și trebuie integrate în viața de zi cu zi. – Care sunt abilitățile care îl vor ajuta să devină mai independent?

- Identificarea conținutului;
- Stabilirea strategiilor – Ce strategii (resurse materiale și procedurale) pot ajuta copilul să atingă obiectivele de învățare? (Chen și Kwang, 1999)
- Asigurarea accesibilității – Are nevoie de o atenție personalizată pentru a dobândi anumite cunoștințe, deprinderi?
- Planul și designul activităților;
- Unde vor avea loc activitățile?
- Cât vor dura?
- De ce intrucțiuni are nevoie copilul pentru a participa la activitate?
- Stabilirea regulilor principale ale activității
- Ce așteptări sunt referitoare la reacția copilului în timpul activității? (www.nyu.edu)

În cartea sa, "Are you Blind?", Lili Nielsen discută despre etapele intervenţiei educaţionale din perspectiva abordării învățării active, dar acestea sunt doar un ghidaj, abordarea și activitățile fiind diferite în funcție de fiecare copil, de propria individualitate, ce este potrivit pentru un copil, nu neapărat funcționează în cazul altuia. Aceste etape sunt cuprinse în tabelul de mai jos, fiind sintetizate și adaptate după Moss, (2004).

Tabel 1 – Etape ale intervenției educaționale din perspectiva abordării învățării active, adaptat după Moss, 2004

Conținut	Etape				
	1. Etapa oferirii	**2. Etapa comunicării**	**3. Etapa interacțiunii**	**4. Etapa realizării de activități**	**5. Etapa consecințelor**
	Scopul utilizării tehnicilor din fazele I, II și III se concentrează asupra dezvoltării emoționale a copilului, prin stabilirea „unui schimb și a unui echilibru între perioadele de interacțiune și auto-activitate sănătoasă, între dependență și independență".			Copilul se află într-un loc în care este gata să învețe că acțiunea și interacțiunea cu ceilalți nu înseamnă că trebuie să facă totul sau să o facă perfect.	Înainte de a folosi tehnici la acest nivel, copilul trebuie să aibă o vârstă emoțională de doi ani, pentru a fi pregătit să înțeleagă că acțiunile sale au consecințe
Cum este copilul în această etapă?	• interes scăzut față de lumea din jurul lui, limitat de multe ori la propriul corp; • reticient la cooperare; • experiență limitată cu obiectele și mediul înconjurător; • manifestă arareori inițiative, comportament preponderent pasiv; • comportamente de autostimulare frecvente;	• crește preocuparea față de lucrurile din afara corpului său, dar interesele pot fi totuși limitate; • devine mai conștient de celelalte persoane; • nu inițiază multe interacțiuni, contact limitat cu alții; • pot avea tendințe de retragere/respingere, mai ales cu persoane necunoscute sau cu oameni în care nu are încredere;	• interes manifestat față de mai multe tipuri interactive de jocuri (de exemplu: tragerea și împingerea unui castron); • posibil să nu inițieze jocuri la început la acest nivel, dar poate fi mai ușor angajat cu ceilalți; • uneori vrea să exploreze singur un obiect, dar se va întoarce la adult pentru a-și împărtăși interesul după un timp;	• manifestă încredere în efectuarea unor acțiuni sau activități; • arată o înțelegere timpurie; • participă la o serie de evenimente; • poate părea amenințat atunci când activitățile familiare se schimbă ușor.	• arată o anumită încredere în ceea ce poate face; • în general interacționează cu ceilalți; • încă mai poate avea dificultăți în ceea ce privește manipularea schimbărilor, dar începe să arate mai multe abilități de imitare;

		• acțiunile cu obiectele sunt limitate, ca și participarea la activități; • se joacă mai mult cu obiectele, iar jocul cu alții – mai mult la un nivel de joc paralel decât joc interactiv; • poate părea nesigur pe multe dintre acțiunile sale; • poate continua să manifeste o mulțime de comportamente autostimulatoare;	• interesat de mediul său și de acțiunile altora; • poate avea nevoie de sprijin pentru trecerea de la o activitate plăcută, interactivă la o nouă activitate fără adult • unii copii se pot agita când o interacțiune ajunge la sfârşit, ca și cum copilul spune „Vreau să rămâi"; • începe din ce în ce mai mult să încerce să stabilească conexiuni cu ceilalți;		
Care este rolul adultului în această etapă?	• crearea mediului cu elemente motivaționale, astfel încât copilul să intre în contact accidental cu acestea, la inițierea celei mai mici mișcări; • adultul stă lângă copil sau în spatele acestuia, dacă copilul acceptă;	• continuă să organizeze mediul înconjurător cu obiecte și activități care sunt foarte motivante pentru copil. De exemplu, dacă copilului îi place un obiect care vibrează, adultul va încerca să găsească multe obiecte	• adultul stabilește situații și medii care vor favoriza jocurile interactive; • este important ca adultul să fie răbdător și să aștepte reacția copilului, fără să-l constrângă să acționeze. Dacă copilul își va folosi	• configurează mediile și activitățile care se bazează pe sarcinile realizate cu success de copil; • la început sarcinile pot dura de la câteva secunde până la câteva minute, fără să se ia în considerare corectitudinea realizării lor;	• adulții prezintă modul în care funcționează consecințele, prin discuții despre acțiunile adulților. „Trebuie să nu mă mai joc și să gătesc cina, sau nu vom avea nimic de mâncat".

	• unul dintre obiectivele urmărite în această etapă este formarea unei legături cu copilul, acceptarea prezenței adultului în aceeași încăpere/ în apropierea sa; • primele acțiuni ale adultului sunt să ofere copilului jucării și obiecte plasând obiectele sub mâna copilului. Copilul poate atinge sau apuca obiectele când și cum dorește; • adultul limitează conversația în timp ce copilul explorează obiectul în felul său. În cazul în care copilul scapă sau împinge obiectul, adultul oferă pur și simplu un alt obiect. În timp ce oferă obiectele, adultul trebuie,	diferite care vibrează în moduri diferite. Dacă îi place o anumită culoare sau textură, sunet, adultul găsește lucruri care extind experiența copilului cu alte obiecte care împărtășesc această calitate (dacă i-a plăcut să bată într-o tigaie, posibil să îi placă sunetul, dar e posibil să îi placă și faptul că era răcoritoare la atingere sau strălucitoare). Astfel, pot să îi fie oferite pentru diversificare: tigăi de forme și dimensiuni diferite, cutii de metal, folie de aluminiu strălucitoare; linguri metalice; rulmenți cu bile metalice sau bile de meditare chinezești etc.	mâinile, adultul trebuie să-i ofere orice ocazie să se familiarizeze cu activitatea, să participe și să termine când dorește Dacă copilul nu-și va folosi mâinile, adultul poate modela activitatea cât mai aproape de mâinile copilului. Acest lucru îi permite copilului să-și controleze mâinile și le poate retrage atunci când are nevoie de o pauză. • jocul trebuie întrerupt cât încă copilului îi place activitatea, pentru a-i menține interesul și motivația ulterioară; • adultul pregătește copilul atunci când se apropie finalul interacțiunii, astfel încât acesta să nu	• adultul – să lase copilul să știe care dintre sarcini le va realiza și ce parte va completa adultul. • adultul – să se asigure că îi dau copilului suficient timp pentru a-și îndeplini sarcina, dar dacă tot nu o face, să ia în considerare dacă sarcina este prea grea. În sarcinile complexe, adultul poate avea nevoie de diferite tehnici (de exemplu, oferirea, imitația etc.) • menținerea rutinelor este foarte importantă, pentru anticipare și crearea sentimentului de control;	• adultul începe să creeze situații în care copilul poate experimenta consecințele acțiunilor sale. De exemplu, „Dacă dorești să-ți pun mai mult lapte, trebuie să-ți pui paharul pe masă”. Adulții pot accepta un răspuns mai puțin corect de la copil, putând fi necesar să prompteze verbal sau tactil; de exemplu, „Poți să pui paharul aici”;

	de asemenea, să observe comportamentul copilului;	• adultul începe prin a imita acțiunile copilului asupra obiectelor (ar fi bine să existe duplicaturi ale materialelor. După un timp, adultul poate introduce o nouă acțiune cu obiectul respectiv pentru a observa dacă copilul îl va imita. Dacă nu, adultul ar trebui să se întoarcă să imite acțiunea copilului din nou. Aceasta este un fel de conversație „Tu îmi arăți ceva, îți dau atenție și te copiez. Acum îți arăt eu ceva. Poate vei fi atent și mă vei copia. Acum e rândul tău din nou.”	perceapă încheierea activității ca o respingere din partea adultului; • pentru creșterea legăturilor de interacțiune, Lili Nielsen propune înlocuirea exprimării impersonale, cu una care promovează propria identitate. De exemplu: „Am pus lapte în paharul tău”, în loc de „Există lapte în paharul tău” sau „Jucăriile tale se află pe raftul tău și jucăriile mele se află pe raftul meu”.		

Obiective urmărite	• dezvoltarea unei relații de încredere cu copilul, (adultul nu are intenția de a cere copilului să facă ceva); • se urmărește acceptarea adultului în aceeași încăpere cu copilul; • observarea reacțiilor copilului pentru a afla detalii importante pentru organizarea activităților viitoare: - obiectele care îi plac/ nu îi plac; - cât timp durează până are o reacție; - acțiunile pe care le manifestă asupra unui obiect; - sistemul senzorial dominant utilizat; - ce anume îl supără, îi creează teamă, și cum se manifestă când se supără; dacă	• creșterea interesului copilului pentru activitățile care se petrec în jurul său; • creșterea capacității copilului de a lua inițiative; • creșterea încrederii copilului în el însuși; • introducerea de activități și mișcări care nu au fost încă efectuate de copil;	• ajutarea copilului să învețe dependența de una sau mai multe persoane; • motivarea copilului să inițieze interacțiuni; • îmbunătățirea dezvoltării identității copilului; • formarea bazei pentru dezvoltarea socială, prin jocuri de interacțiune;	• creșterea experienței copilului în ceea ce privește succesul; • implicarea copilului în noi relații sociale. • creșterea interesului copilului de a dobândi noi abilități.	• ajutarea copilului să tolereze sarcinile întâlnirii; • creșterea adaptabilității la schimbările vieții; • creșterea încrederii în sine, lucru fundamental pentru capacitatea de a lua decizii cu privire la propria viață; • stabilirea bazei pentru simțul responsabilității;

	e interesat de contactul cu adultul și cum face acest lucru; - lucruri care determină reacții de teamă, sperie copilul; - observarea modalității de contactare/ comunicare a copilului;				
Sugestii	• Uneori, dacă relația cu adultul nu este suficient dezvoltată, copilul îl poate respinge, neavând suficientă încredere pentru un contact strâns). Adultul trebuie să respecte nevoia de distanțare a copilului și să încerce o apropiere treptată, în timp. Nu vă mișcați/apropiați prea tare de copil sau/și prea repede – apropiați-vă câte puțin și urmăriți-i reacția.	• Imitarea se realizează în primul rând prin intermediul unor metode senzoriale auditive și tactile. • Dacă copilul aruncă un obiect, copilul nu va fi certat, se ridică obiectul, se repetă jocul și apoi se plasează din nou obiectul în fața copilului. Cel mai bine este să fie câte două obiecte – unul pentru copil și unul pentru adult.	• Dacă copilul devine interesat de ceva pe care dorește să îl exploreze singur, acest lucru trebuie respectat. • Este important să așteptăm, întotdeauna, copilul să-și inițieze partea din joc. • Dacă o sarcină este prea dificilă pentru copil, aceasta va fi finalizată de către adult, care solicită copilului „ajutorul”;	• Ajutarea copilului să învețe că a fi cel care face ceva nu înseamnă neapărat că trebuie să faci totul sau să o faci perfect. • Abilitățile pe care copilul le-a reușit în fazele anterioare constituie baza pentru a decide care activități pot fi utilizate pentru etapa realizării de activități; • Inițial sunt propuse sarcini scurte (câteva secunde sau minute), acceptarea a ceea ce face copilul corect.	• Când copilul se simte sigur și încrezător în desfășurarea diferitelor activități și a primit informații despre consecințele activităților, copilul ar trebui să poată experiența consecințe, dar numai prin activitățile pe care le poate realiza. • Deoarece copilul este capabil să îndeplinească tot mai multe cereri, el poate cere mai multă atenție – lauda să nu fie exagerată, ci mai

	• Afișarea unui interes activ și pozitiv referitor la ceea ce face copilul. • Unii copii nu vor iniția jocul până când nu se simt siguri că adultul a părăsit încăperea. • Periodic, se recomandă oprirea jocului timp de un minut – un minut și jumătate și urmărirea reacției copilului, dacă manifestă dorința de a continua activitatea? • Tot ceea ce face adultul trebuie făcut ca o „ofertă". În cazul în care copilul încearcă să inițieze o activitate, să nu se facă prea mult caz, ci să se acționeze ca și când ar face acest lucru în fiecare zi.	• Adulții ar trebui să înceapă prin a imita copilul, apoi să adauge mai multe jocuri constructive (de exemplu, punând materiale împreună sau într-un altul) înainte de a reveni la acțiunea pe care a început-o copilul. • O creștere a plânsului sau a țipetelor poate fi citit ca un „apel de atenție" pozitiv de la adult. • Obiectivul este acela de a oferi copilului posibilitatea de a descoperi că a fi cu un adult este „plăcut și interesant și poate include noi experiențe auditive și tactile". • Copilul să aibă posibilitatea de a „descoperi că poate lua inițiative și că acest lucru duce la capacitatea de a stăpâni ceva în jurul său".	• Oferirea de timp suficient pentru gândire și reacție; • Anunțarea finalului activității din timp, și a activității ce urmează să se desfășoare. Copilul poate continua să se joace singur, dacă alege. • Dacă copilul începe să spună „mai mult" sau „din nou", numește adulții sau caută atenția adulților, este pregătit pentru faza a IV-a;	• Explicarea, de fiecare data, a părților activității ce vor fi realizate de adult și ce va face copilul. • Acordarea unui timp suficient pentru inițierea sarcinii; • Copilul să știe cât timp va dura această activitate. • Păstrarea același mediu sau realizarea de modificări treptate. • Înainte de a merge la activități mai complicate și mai durabile, alegerea tehnicii pentru fiecare parte a activității trebuie luată în considerare cu atenție.	degrabă să se acționeze ca și cum ar fi cel mai natural lucru din lume că poate face ceva. • Pe măsură ce crește independența, copilul poate să tolereze că uneori nu reușește să obțină ceea ce intenționează să facă. El va deveni mai capabil să accepte emoțional schimbări semnificative în viața sa.

d) Evaluarea activităților și reproiectarea intervenției

Evaluarea nu se realizează doar la început și final de intervenție, ea trebuie să existe în orice moment, iar după fiecare activitate ar fi ideal dacă profesorul ar face o introspecție răspunzându-și la următoarele întrebări:

- I-a plăcut copilului activitatea? Cum a manifestat acest lucru?
- A participat activ?
- Au fost ceva obstacole sau provocări pe care le-ați experențiat în timpul activității (adultul/copilul)? Cum pot fi acestea depășite?
- A fost activitatea cu înțeles pentru copil? Ce a învățat copilul?
- Ce strategii au funcționat?
- Stilul de învățare – orientarea către persoană sau către obiecte?
- Timpul de învățare
- Pași mici realizați sau întreaga sarcină?
- A interacționat cu altă persoană?
- Dacă părinții au exercitat acasă activitatea, care sunt observațiile lor? A avut nevoie copilul de intervenție? Au găsit activitatea ca fiind de ajutor?
- Care este utilitatea informațiilor oferite de activitatea realizată? Și-a îmbunătățit înțelegerea asupra conceptului? Pot fi folosite informațiile obținute în cadrul acestei activități pentru viitoare îmbunătățiri ale activităților sau strategiilor, instrucțiunilor în general?
- Ce schimbări ar trebui făcute pentru data viitoare? (Chean, Kwan, 1995, www.nyu.edu)

e) Mediul de învățare – spațiu, resurse

Copiii cu dsm pot fi foarte senzitivi în legătură cu anumiți stimuli și par să ignore alții, pot manifesta sensibilitate la stimulare, unele sunete, texturi creându-le discomfort. Ei pot deveni suprastimulați, confuzi și stresați de senzațiile din viața de zi cu zi (Chean,Kwan, 1995), de aceea pentru a fi eficient, trebuie pornit de la construirea unui mediu bazat pe interesele și preferințele copilului și utilizarea de obiecte reale. (www.activelearningspace.org/implementation)

Cooperarea adultului şi atitudinea sa – sunt cruciale în abordarea învăţării active. Adulții trebuie să fie dispuși să facă un pas înapoi și să le permită copiilor timp să descopere, să rezolve probleme și să exploreze singuri.

Cheia promovării explorării auto-inițiate constă în structurarea mediului fizic în moduri în care copiii își pot folosi abilitățile unice pentru a exercita controlul asupra mediului, și în acest sens, spațiul trebuie să fie responsiv, cu alte cuvinte, ceva trebuie să se întâmple atunci când copilul se mişcă sau atinge ceva. Așadar, principala sarcină a adultului este de a crea un mediu sau situaţii care să-l încurajeze să fie un activ participant la învățarea sa, fără interferenţe din partea adultului sau ghidare minimă, face ca obiectele să fie disponibile pentru el şi reacţionează la vocalizare şi sunete prin împărtăşirea intereselor şi prin reacţionarea la nivelul de dezvoltare al copilului. Spațiul trebuie să includă posibilitatea de a utiliza achiziţiile motorii existente și să stimuleze interesul şi curiozitatea pentru a-i oferi oportunitatea de a trece la următorul nivel de dezvoltare (Nielsen,2004).

Dr. Lili Nielsen recomandă utilizarea următoarelor spații:

- Little room – poate fi un spaţiu unde copilul poate explora în siguranţă. Jucăriile şi obiectele sunt agăţate cu corzi elastice, şi copilul este liber să exploreze şi experimenteze ceea ce descoperă în timp ce îşi mişcă mâinile şi picioarele. Se recomandă să fie folosite obiecte reale (cană, periuţă de dinţi, săpun, clopoţei etc.). Pentru copiii cu resturi de vedere, itemii pot fi în culori vii. Cutiile de carton nu sunt recomandate pentru acest tip de spațiu, fiind important să observi copilul, în timp ce i se oferă o ventilaţie adecvată.
- Placa de rezonanță – este realizată din lemn și așezată sub copil. Oferă feedback senzorial prin vibrare și ecou, în timp ce copilul se joacă, încurajând mișcarea și vocalizarea. (Cushman, 2013)
- Panouri interactive – de dimensiuni mai mari sau mai mici, pot avea tematici diferite, pentru stimulare tactilă, gesturi motrice etc.

Materialele trebuie oferite pentru a îndeplini atât obiectivele de învățare, cât și stilul de învățare al copilului și să reflecte toate modalitățile de învățare, inclusiv vederea, atingerea, auditivul, gustul, mirosul și mișcarea (http://www.activelearningspace.org/implementation).

Schimbarea direcției, a materialelor, activităților, rutinelor, aranjarea camerei trebuie să fie realizate gradual. Un copil va fi total confuz dacă lucrurile sunt făcute diferit de fiecare dată și dacă fiecare lucru este într-un loc diferit. De multe ori e nevoie să păstrezi același loc, abordare, obiecte, pentru a permite copilului mai întâi să se familiarizeze cu spațiul. Poate fi vorba de săptămâni întregi. Rutina predictibilă dezvoltă simțul controlului și oferă oportunități pentru dezvoltarea abilităților.

Obiectele zilnice ca farfuria, lingura, căni, pot angaja copilul datorită familiarității și funcționalității lor. Unele jucării pot promova jocul singular, în timp ce altele vor crea suport pentru interacțiunea cu alții. Jucăriile trebuie alese cu grijă, pentru a se potrivi cu vârsta și abilitățile copilului și evaluate în funcție de răspunsul copilului, iar apoi adaptate pentru a întâlni nevoile copilului (Langley, 1985). Unele jucării nu sunt potrivite pentru copiii cu dizabilitate vizuală, altele pot determina comportamente de autostimulare sau repetitive. Copiii cu dizabilități senzoriale multiple grave au nevoie de jucării care pot fi ținute ușor, care răspund la o atingere fină, au acțiuni alternative, pot fi activate. Jucăriile cauză-efect promovează învățarea „Pot să fac ceva să se întâmple". Ele trebuie să fie interesante, simple, sigure, rezistente. (Chean, Kwan, 1995).

O sintetizare a caracteristicilor pentru crearea unui mediu eficient:

- să fie un loc în care copilul poate explora în siguranță;
- oferă oportunități de învățare în conformitate cu potențialul său de a influența tranziția sa la următorul nivel de dezvoltare;
- oferă oportunități de a practica și dezvolta o varietate de abilități;
- facilitează și încurajează explorarea repetată, autoinițierea de mișcări, cu părți ancorate, mobile;
- să fie alcătuit din elemente care pot fi schimbate cu ușurință în funcție de preferințe, capacități, progres;

- să ofere variație, pentru menținerea interesului;
- existența obiectelor reale (cupe, periuțe de dinți, clopote etc.);
- includerea de materiale interesante, multi-senzoriale;
- obiectele pot fi accesate fără ajutorul unui adult;
- dezvoltă abordări creative, suplimentare;
- culori contrastante și puternice pot fi folosite pentru copiii cu resturi de vedere, pentru a stârni interesul, atenția vizuală și a permite discriminarea;
- sunt ușor de realizat sau de asamblat. (Obruzt. 2016, Zatta, Sacks, 2016)

Mediul trebuie reînnoit, treptat, deoarece copiii învață din repetiție, anumite produse fiind schimbate când aceștia arată că s-au obișnuit cu obiectele disponibile. Pentru a invita la comparație, obiectele înlocuite pot fi asemănătoare (http://www.activelearningspace.org/implementation). Învățarea prin joacă este un proces motivațional și semnificativ, joaca fiind cea mai naturală activitate ce oferă un context bogat pentru educație, inclusiv pentru copiii cu dizabilități multiple. (Hanline, Fox, 1993).

Relația dintre comunicare și abordarea învățării active

În încheiere, aș dori să leg metoda învățării active de procesul comunicării, dezvoltarea abilităților de comunicare fiind necesară pentru dezvoltarea relațiilor sociale, învățare, pentru îndeplinirea tuturor nevoilor umane. Comunicarea există, indiferent de gradul de dizabilitate sau de vârstă, dar trebuie găsite canalele de comunicare potrivite și învățarea aceluiași „alfabet al comunicării". Mulți înțeleg comunicarea ca fiind același lucru cu vorbirea, dar actul comunicării apare dinainte să ne naștem, copilul transmite semnale încă de când este în pântecul mamei, se agită când nu îi place ceva sau, dimpotrivă, când îi place, iar mama încearcă să intuiască comportamentul copilului încă din acest stadiu. În primele luni de viață copilul comunică cu adulții prin plâns, zâmbet, mișcări ale corpului, expresii faciale și gesturi, cu mult înaintea folosirii cuvintelor. (Brady, Steeples and Fleming, 2005 apud Ayyildiz, Akçin&

Güven, 2016). Primind feedback (răspuns la zâmbet, vocalizări etc.), de la persoanele din jurul lor, copiii avansează în achiziționarea de comportamente preverbale mai complexe, cum ar fi apucarea, manipularea, indicarea obiectelor.

Pregătirea comunicării verbale începe, așadar, prin comportamente de comunicare preverbale în primii ani de viață (Chen, 2002). Dacă un copil are o dizabilitate care afectează dezvoltarea, abilitățile de comunicare ale copilului pot fi sever afectate (Cushman, 1992). Știm cu toții că dezvoltarea globală a copilului se învârte în jurul comunicării. Nefiind pe aceleași frecvențe de comunicare, pierdem de multe ori ceea ce vrea să comunice copilul. Poate să îl strângă o șosetă, să aibă nevoie de apă, să îl deranjeze un sunet etc. Cu cât este observat mai bine copilul și evaluat, cu atât putem să sprijinim abilitățile de comunicare. Fără doar și poate, acestea pot fi îmbunătățite, după cum spunea Ayyildiz,Akçin& Güven (2016).

Abilitățile de comunicare sunt foarte importante deoarece prin ele copilul ne comunică despre el și este un feedback pentru adult dacă intervenția este pe drumul cel bun sau e nevoie să fie adaptată, schimbată. Fără identificarea modului în care copilul comunică, resursele copilului nu pot fi pe deplin exploatate, copilul nu își atinge potențialul, dezvoltarea este încetinită.

Prin comunicare, copiii pot să aducă schimbări în lumea lor, pot să-și exprime dorințele și nevoile, ei pot să facă alegeri. Prin comunicare, îi putem învăța să se joace, să învețe despre lume, să interacționeze cu noi, să îndeplinească sarcini zilnice, să lucreze. Orice activitate pe care copilul o desfășoară, poate să ofere o oportunitate de comunicare (mâncarea, baia, plimbarea, schimbarea hainelor etc.). Cu cât adultul va fi mai implicat, cu atât mai mult copilul va fi sprijinit și motivat să vrea să comunice, să identifice în comunicare o putere.

De multe ori este dificil să determini modul în care un copil care are dizabilități multiple receptează mesajul. Toate comportamentele înseamnă comunicare, de aceea e atât de important să înțelegem semnificația

celor transmise de copil. Există comportamente ale copiilor care sunt considerate a nu avea nici o funcție de comunicare (tăcerea, statul nemișcat, întreruperea activității, agresivitatea) (Hathazi and all, 2019), dar inclusiv acestea pot fi moduri de transmitere a unor mesaje (de exemplu, la întrebarea „Vrei să mergi la baie?" copilul poate să se ridice în picioare dacă dorește la baie și să nu reacționeze când nu dorește să meargă). Copilul trebuie observat în anumite situații și de mai multe ori, pentru a concluziona adevărata intenție a unui comportament. De exemplu, de obicei când un copil arată spre un obiect, noi presupunem că vrea acel obiect, dar ar putea să nu fie o cerere, poate fi doar un comentariu (Este o jucărie/un obiect, M-am jucat cu obiectul acela) sau un protest (Nu vreau obiectul acela) (Hathazi et al., 2019).

În afara datelor culese, pentru a întregi tabloul comunicării, putem să ne punem următoarele întrebări:

- Cu câte persoane diferite interacționează copilul într-o zi?
- Câte interacțiuni au loc pentru învățarea unei activități?
- Care sunt activitățile zilnice în care interacționați cu copilul?
- Câte oportunități de comunicare are copilul în diferite activități?
- Observarea acțiunilor copilului în timpul activităților funcționale, de exemplu: copilul poate cere mai multă mâncare prin deschiderea gurii;
- În ce mod comunică copilul cu diferite persoane din mediul său? (Stremel, Wilson, 1998)

Stabilirea unui canal de comunicare funcțional cu copiii cu dizabilități multiple este lucrul care trebuie să primeze, dar de multe ori apare doar după stabilirea unui simț al încrederii și al securității. Construirea relației poate fi ajutată de unele acțiuni:

- construirea împărtășirii atenției,
- acordarea atenției primordial persoanei și apoi obiectelor,
- urmărirea copilului, mișcări co-active – adulții urmăresc și apoi se alătură mișcărilor copilului pentru a încuraja o reacție ulterioară asemănătoare a acestuia;

- recunoașterea intenționalității, oferirea unui răspuns imediat;
- mutarea de la comportamente de autostimulare la comportamente care includ alte persoane și obiecte;
- oferirea de structuri experiențelor – rutina – sprijinirea anticipării, timpul și locul, indici și obiecte de referință;

A învăța un copil cu dizabilități multiple cum să învețe despre lume, să fie mai curios și mai independent este un proces complex, ce nu trebuie să se bazeze pe o singură metodă, ci pe un cumul de strategii, care să potențeze copilul spre maximul său potențial. Învățarea activă este, într-adevăr, una dintre metodele care promovează într-un mod foarte natural învățarea, punând în mișcare încrederea în propriile capacități, punți de legătură cu ceilalți prin sentimente securizante, într-un mediu în care adultul, respectiv echipa multidisciplinară, devine arhitectul dezvoltării copilului.

Bibliografie

1. Ayyildiz, E., Akçin, N., & Güven, Y. (2016). *Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment* în *Journal of Human Sciences, 13*(2), 2668-2681 doi:10.14687/jhs.v13i2.3718;
2. Chen, D., Dote Kwan, (1995), *Starting points*, Blind childrens center, Los Angeles;
3. Chen, D. (2002), *Encouraging early communication, Understanding deafblindness: Issues, perspectives and strategies*, Edt, L. Alsop, USA: Hope, Inc.;
4. Clarke, K.L., (2022), *Meaningful engagement through Active Learning: early exploration, communication and literacy for children with complex special needs,* disponibil pe pagina youtube MN Deafblind Project https://youtu.be/iQc8IYFRk7E?si=01hhIfNYbbtrODZN;
5. Cushman, C., (2013), *Remembering Lilli Nielsen and her Legacy of Active Learning*, available on http://www.pathstoliteracy.org/blog/remembering-lilli-nielsen-and-her-legacy-active-learning;
6. D'Andrea, F.M., Farrenkopf,C., (2000), *Looking to learn: promoting literacy for students with low vision*, USA, New York, AFB Press;
7. Fox, L., Hanline, M., F., (1993), *Assessing the Effectiveness of Developmentally Appropriate Play-Based Early Education. Final Report*, Florida University, Gainesville;

8. Hathazi, A., Bălaș-Baconschi, C., Șerban I.L., Pădure, M., (2019), *Manual de formare a competențelor specialiștilor privind abilitățile de comunicare ale copiilor cu dizabilități vizuale cu dizabilități multiple,* Produs Intelectual O3 din cadrul proiectului Erasmus+ PrECIVIM, Uniunea Europeană;
9. Hudson, L., Gleason, D., Holland, K., Udovicic, D., Shevde, S., Gissara, D., & Arnott, J. (2022). *Learning through play and learning to play: An approach for all children,* Perkins School for the blind, disponibil la https://www.perkins.org/wp-content/uploads/2022/05/Learning-Through-Play-and-Learning-to-Play.An-Approach-for-All-Children.Perkins-School-for-the-Blind.2022.pdf;
10. Langley, M. B, (1985), *Selecting, adapting, and applying toys as learning tools for handicapped children*. *Topics in Early Childhood Special Education, 5*(3), 101–118;
11. Moss, K., (2004), *Outreach Programs Five Phases of Educational Treatment Used in Active Learning Based on Excerpts from Are You Blind by dr. Lilli Nielsen*, See/Hear Newsletter, Edition by TSBVI, https://www.tsbvi.edu/materials-on-deafblindness/2151-five-phases-of-educational-treatment-used-in-active-learning-based-on-excerpts-from-are-you-blind-by-dr-lilli-nielsen;
12. NYU Center for the Advancement of Teaching – *Steps to creating an Active Learning Environment,* disponibil pe https://www.nyu.edu/faculty/teaching-and-learning-resources/strategies-for-teaching-with-tech/best-practices-active-learning/steps-to-creating-an-active-learning-environment.html;
13. Nielsen, L., (2004), *Active Learning & the Blind, Multiply Disabled Children,* Future Reflections, Special Issue 2004, available on https://nfb.org/Images/nfb/ Publications/fr/fr14/fr04se08.htm;
14. Obruzt, P., (2016), *Assessment*, http://www.activelearningspace.org/assessment/ assessment-page;
15. Obruzt, P., (2016), *Dynamic Learning Circle*, http://www.activelearningspace.org/ principles/ dynamic-learning-circle/obrzut-discusses-dynamic-learning-circle;
16. Papalia, D., Wendkos Olds, S., Feldman, R., (2010), *Dezvoltarea umană*, Editura Trei, București;
17. Piller, A., McHugh Conlin, J., Glennon, T.J., Andelin, L., Auld-Wright, K., Teng, K., Tarver, T., (2025), *Systematic review of sensory-based interventions for children and youth (2015–2024),* Frontiers in Pediatrics, disponibil pe National Library of Medicine, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12658592/;
18. Rienstra, M., (2022), *Active learning Making contact by playing and discovering the world*, Royal Visio, disponibil pe https://www.visio.org/media/njdhyszr/tg_ theorybook_active-learning.pdf;
19. Seligman, M., (1975), *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W.H. Freeman;

20. Stremel, K., Wilson, R., (1998), *Communication Interactions: It takes two (and) Receptive Communication: How Children understand your messages to them (and) expressive Communication: how children send their messages to you*, National Information Clearinghouse on children who are deaf-blind, Monmouth, Oregon, USA;
21. Tălmăcel, G.A., (2010), *Formarea autonomiei personale şi sociale a preşcolarului*, Teză de doctorat, Universitatea Alexandru-Ioan Cuza, Iaşi;
22. Zatta, M.C., Sacks, S.Z., (2016), *Keys to Educational Success: Teaching Students with Visual Impairments and Multiple Disabilities,* AFB Press;
23. activelearningspace.org, (2018), *Getting Started with Active Learning*, available http://activelearningspace.org/images/downloads/Getting_Started_with_Active _Learning_Download.pdf;
24. https://activelearningspace.org/implementation.

Comunicarea pre-verbală în cazul elevilor cu dizabilități multiple

Repere teoretice și studii de caz

Anelia Cibu

I. Termenii de *interacțiune* și *comunicare*. Problematică, definiții și delimitări conceptuale

Dicționarul explicativ al limbii române oferă termenului *interacțiune* următoarele explicații:

1. *Formă de legătură a obiectelor, a fenomenelor etc., manifestată printr-o influențare, condiționare sau acțiune cauzală reciprocă.*
2. *(Fiz.) Acțiune reciprocă între două sau mai multe corpuri, sisteme fizice, fenomene etc. ♦ Formă de legătură între corpuri, realizată fie direct, fie prin intermediul câmpurilor fizice* (Academia Română, 1998).

Urmând definiția, orice interacțiune constituie, în esența ei, o *influență mutuală* (o *interferență* sau *înlănțuire*) exercitată de diferite variabile, seturi sau combinații de variabile sau alte fenomene care se influențează reciproc.

În contextul psihologiei dezvoltării copilului, termenul *interacțiune* ia de cele mai multe ori înțelesul specific de *interacțiunea socială* sau *comunicare*, fiind utilizat ca și sinonim al acestora. Acest lucru poate fi considerat totuși limitativ, întrucât interacțiunea unei persoane poate avea loc nu doar între ea și o altă persoană, respectiv între ea și un grup de persoane, ci și între ea și un obiect sau un set de obiecte din jurul său.

O definiție extrem de utilă studiului nostru este cea oferită de autorul *Teoriei Sistemelor Ecologice*, Urie Bronfenbrenner, care spune:

> „Pe parcursul vieții, dezvoltarea umană are loc prin procese de interacțiune reciprocă din ce în ce mai complexe între un organism uman biopsihologic activ, în evoluție, și persoanele, obiectele și simbolurile din mediul său extern imediat" (Bronfenbrenner, 1992, pp. 187–249; Bronfenbrenner, 2005, p. 6; Bronfenbrenner & Morris, 2006, pp. 793–828).

În încercarea de a clarifica sensul acestui termen, mai ales în contextul tratat de noi, găsim oportună utilizarea cuvântului *interacțiune* ca și concept cuprinzător, supus următoarelor clasificări:

1. *interacțiune uni-direcțională*, în cazul căreia o variabilă influențează o altă variabilă fără ca a doua variabilă să o influențeze la rândul ei pe prima (Björklid & Fischbein, 1996);
2. interacțiune *bi-direcțională sau tranzacțională*, atunci când două variabile se influențează reciproc (Björklid & Fischbein, 1996).
3. *interacțiune intrapersonală*, care are loc între anumite părți sau variabile care se află în interiorul unei persoane, cum ar fi, de exemplu, gândurile, emoțiile, anumite trăiri interioare și stări ce vor influența acțiuni și activități exterioare, motorii, vizibile, cum ar fi un anumit tip de manipulare sau de joc al copilului cu un anumit obiect. La rândul ei, o jucărie, prin proprietățile senzoriale pe care le oferă, poate influența starea interioară și interesul aceluiași copil.
4. *interacțiuni cu mediul înconjurător*, fie el f*izic* sau *social*.

Dacă ne referim la interacțiunea *cu mediul fizic*, aceasta se manifestă, de exemplu, atunci când un copil se joacă cu o jucărie cum ar fi o mașinuță de poliție cu sonor și lumini. Prin apăsare cu degetul sau cu întreaga palmă pe butoane și comutatoare, prin rotiri pe covor, aruncări, loviri etc., copilul nu face altceva decât să exercite o anumită influență asupra jucăriei în cauză. În același timp, forma, culoarea, mărimea dar mai ales funcțiile senzoriale ale jucăriei vor influența interesul și tipul jocului copilului cu ea.

În *cazul interacțiunilor sociale*, denumite și *interpersonale*, mediul se definește și se constituie ca un context social care implică automat două sau mai multe persoane aflate într-o evidentă relaționare. Un exemplu sugestiv în acest sens ar fi jocul de tipul prinde mingea, balonul, ursulețul de pluș etc. și aruncă-mi-o înapoi, realizat între copil și un singur adult sau un alt copil, sau între același copil și doi sau mai mulți adulți/copii. În prima situație, interacțiunea care are loc se numește *diatică*, fiind limitată la doar două persoane implicate în joc.

De precizat este faptul că există însă și situații în care dimensiunea interpersonală a interacțiunii sociale apare vizibil diminuată, cum ar fi, conform autorilor Jennifer J. Ivory și Jeanette McCollum de la Universitatea din Illinois, în cazul *jocului paralel* al mai multor copii aflați în aceeași încăpere sau în proximitate (Ivory & McCollum, 1999, pp. 238-243). În această situație, chiar dacă între doi sau mai mulți copii nu există o relație sau o angajare evidentă, așa cum este în cazul exemplului anterior (al jocului de tipul „prinde jucăria și dă-mi-o înapoi!"), interacțiunea lor socială se realizează prin faptul că, aflați în imediata apropiere, fiecare copil exercită, într-o anumită măsură, prin prezența și jocul lui, o influență asupra celorlalți copii și este influențat, la rândul lui, de cei din jur. De exemplu, deși angajat individual într-un anumit tip de joc, un copil va ajunge să imite la un moment dat ceea ce face un alt copil, fără să pară că interacționează direct cu el, sau va dezvolta interes pentru jucăria celuilalt plecând de la locul său în dorința de a o însuși pentru sine. Pe baza jocului paralel, cei mici învață să stabilească relații cu cei din jur și cum să se comporte în preajma sau prezența lor, acesta fiind un element important în dezvoltarea copilului din punct de vedere social și comunicativ.

În context școlar, cu referire la interacțiunea care are loc într-o *situație educațională*, autorii Björklid și Fischbein (1996) disting următoarele niveluri sau tipuri:

- interacțiune în interiorul individului;
- interacțiune între indivizi;
- interacțiune între un individ și un grup;

- interacțiune între individ și diferite medii;
- interacțiune între factorii de mediu;
- interacțiune între individ și situația educațională.

Interacțiunea interpersonală poate implica aproape în mod exhaustiv *comunicarea*, în funcție de modul în care este definit acest concept.

În cuprinsul studiului de față, termenul *interacțiune* semnifică de cele mai multe ori o *abordare*, mai exact acea situație când un adult (profesorul de psihopedagogie specială, terapeutul, părintele etc.) încearcă să influențeze comportamentul elevilor cu cerințe educaționale speciale aflați în etapa pre-verbală a comunicării prin acțiuni precum oferirea / prezentarea de jucării multi-senzoriale care produc sunete, lumini / semnale luminoase, mișcări de rotație, deplasări, jucării de tip cauză-efect etc., chiar vorbind sau cântând acestora (Björklid & Fischbein, 1996).

În ceea ce privește termenul *comunicare*, definițiile oferite de către specialiști sunt extrem de variate și de bogate, de la definiții largi sau generale la definiții mai restrânse și specializate, în funcție de domeniul de studiu (biologie, lingvistică, psihologie, sociologie etc.), școala sau curentul care le oferă, de scopul teoretic și/sau practic cu care aceste definiții sunt formulate. Astfel, definirea termenului servește funcției de a include și de a exclude, în funcție de scopul muncii de cercetare, modul de definire determinând ce cadru teoretic cu aplicabilitate practică va fi util și cum ar putea alte accepțiuni, înțelesuri, ipoteze și descoperiri ale cercetării să susțină sau să contrazică anumite experiențe.

În contextul lucrării de față reținem, mai ales, acele definiții oferite termenului *comunicare* din punct de vedere psihologic și psihopedagogic, menite să ne ajute în demersul de cercetare întreprins de noi.

În lucrarea *Psihologia Comunicării. Teorii și metode*, cercetătorul francez Jean Claude Abric definește conceptul *comunicare* ca fiind un ansamblu de procese prin care se realizează schimburi de informații și de semnificații între două sau mai multe persoane care se află într-o situație socială (Abric, 2002, p. 14). În viziunea sa, orice act de comunicare reprezintă, în esența lui, o *interacțiune*, fiind un fenomen dinamic care implică o

transformare prin existența unor influențe reciproce între mai mulți actori sociali, concluzionând:

> „Comunicarea reprezintă așadar un act social deliberat sau involuntar conștient sau nu" care „nu se bazează exclusiv pe exprimarea orală, ea fiind un sistem de multiple canale. Gesturile, mimica poziția corporală și chiar tăcerea sunt acte de comunicare, vehiculează o semnificație" (Abric, 2002, p. 15).

În lucrarea *The Psychology of Language and Communication*, autorii Ellis și Beatti afirmă următoarele:

> „Comunicarea are loc atunci când un organism (emițătorul) codifică informații într-un semnal care trece către un alt organism (receptorul) care decodează semnalul și este capabil să răspundă în mod adecvat" (Ellis & Beattie, 1986, p. 3).

Astfel, în concepția celor doi, orice interacțiune, intenționată sau nu, între oameni, animale sau orice organism ar putea să fie privită ca o formă de comunicare. În studiul „Two Principles of Communication, Co-regulation and Framing" (1993, pp. 9–22), Fogel oferă o descriere apropiată celei emise de Ellis și Beatti, precizând: „comunicarea apare dacă un receptor își schimbă comportamentul în urma transmisiei unui semnal" (Fogel, 1993, p. 9) și implică faptul că niciunul dintre parteneri nu trebuie să fie conștient de faptul că ei comunică unul cu celălalt.

În literatura de specialitate există însă cercetători și specialiști precum Burgoon și Sugarman care introduc criteriul *intenției* în atingerea unui obiectiv sau scop în orice act de comunicare și care concluzionează:

> Comunicarea „*este o întreprindere inerent strategică, orientată spre obiective, în care comunicatorii planifică și adoptă adesea comportamente menite să-i influențeze pe alții*" (conform Burgoon et al., 1995, p. 290).
>
> Comunicarea „implică intenția de a transmite o idee cuiva, altfel" (conform Sugarman, 1984, p. 27).

Observăm că ambele definiții fac referire la comunicarea *intenționată*.

Pe aceeași linie, Camaioni consideră că singură, intenția conștientă a cuiva de a afecta pe altcineva nu este suficientă. În accepțiunea lui, pentru ca procesul de comunicare să fie înțeles ca fiind intenționat, este necesar să existe în plus o percepție a celeilalte persoane ca fiind capabilă să aibă intenția de comunicare și, în același timp, să înțeleagă propriile sale intenții comunicative (Camaioni, 1993, p. 93).

Deoarece capitolul de față are în atenție elevii cu dizabilități multiple, caracterizați prin forme severe sau profunde ale afectării lor intelectuale, în scopul de a nu exclude pe niciunul dintre aceștia din categoria comunicatorilor, vom considera ca și *act de comunicare* orice transmitere sau schimb de mesaje obținute prin atribuirea comportamentului unei persoane (elevul) a unei semnificații sau intenții de către o altă persoană (adultul, oricare ar fi el – profesor, terapeut, părinte).

II. Evoluția comunicării și stadiile ei de dezvoltare

Austin (1962) a identificat 3 etape ale dezvoltării comunicării: (a) *etapa perlocuționară*, (b) *etapa ilocuționară*, și (c) *etapa locuționară*, detaliate în literatura de specialitate astfel:

a) De când se naște până la vârsta de 8 luni, sugarul se află în *etapa perlocuționară*. În această perioadă, el nu atribuie un sens conștient actului vorbirii, necomunicând așadar în mod intenționat. Cei care intervin pentru a umple acest gol sunt adulții din preajma lui, în primul rând părinții, care vor *interpreta* comportamentele acestuia prin oferirea de semnificații și de sens, printr-un act de interpretare sau de ghicire. Cu alte cuvinte, adulții nu fac altceva decât să deducă intențiile comunicative ale bebelușului, bănuind ceea ce ar încerca el să le transmită, cum ar fi în cazul zâmbetului neintenționat, fără conținut comunicativ, afișat în primele săptămâni de viață de către copil, zâmbet care poate fi interpretat de către părinți ca un mesaj de fericire sau de mulțumire transmis (Austin, 1962).

b) În jurul vârstei de 11 luni, copilul începe să utilizeze comportamente care reprezintă o intenție comunicativă emergentă. Această etapă este denumită în literatura de specialitate *ilocuționară*. Acum, copilul începe să-și dea seama că poate folosi anumite gesturi și / sau poate vocaliza pentru a exercita o anumită influență asupra comportamentului celor din jur. Cu alte cuvinte, el își dezvoltă comunicarea în formă intenționată. De cele mai multe ori, copilul ajunge să asocieze o vocalizare cu un gest sau cu un set de gesturi pentru a semnala o serie de intenții comunicative. Spre exemplu, el își va da seama că, atunci când plânge, părintele sau cel care îl îngrijește îi va acorda atenție. Deși în această etapă copiii emit

diverse vocalizări, nu se poate spune că ele ar fi încă în concordanță cu formele verbale articulate specifice unui adult (Austin, 1962).

În stadiul ilocuționar, copiii încep să manifeste ceea ce Bates (1976) numește *proto-imperative* și *proto-declarative*. Pentru a emite solicitări, cereri, sau comenzi, sugarii folosesc proto-imperative. Altfel spus, prin gesturi și vocalizări copilul semnalează părintelui faptul că dorește sau are nevoie de un anumit obiect (Bates, 1976). Un proto-declarativ este de fapt un tip de comportament care încearcă să capteze atenția unui părinte sau unui alt partener de comunicare (Bates, 1976). Prin acest proto-declarativ, copilul nu-și dorește să obțină acel obiect de referință în sine, ci își dorește să atragă și să primească atenție din partea părintelui (Bates, 1976).

c) La vârsta de aproximativ 1 an, copiii încep să înlănțuie în mod intenționat forme fonetice consecvente care au semnificații specifice pentru a forma primele lor cuvinte. Formele fonetice pe care le utilizează seamănă cu cele pe care le folosesc adulții pentru a reda aceleași semnificații. Atunci când copiii sunt capabili să producă pentru prima oară cuvinte reale în limba maternă, putem spune că au intrat în *stadiul locuționar* (Bates, 1976). De exemplu, un copil de peste 1 an ar putea rosti „cuțu" atunci când vede un câine.

EVOLUȚIA COPILULUI CU DEZVOLTARE TIPICĂ DE LA COMUNICAREA PRE-INTENȚIONATĂ LA CEA INTENȚIONATĂ		
Vârsta aproximativă:	**Etapa:**	**Caracteristica de bază:**
0-7/8 luni	**I. Perlocuționară:** *- comunicare neintenționată*	- adulții (părinții / îngrijitorii) reacționează față de un act de comunicare neintenționat al sugarului sau la un răspuns involuntar al acestuia la anumiți stimuli externi.
8/9 luni – 11/12 luni	**II. Ilocuționară:** *- debutul comunicării intenționate*	- copilul începe să folosească mijloace pre-simbolice (vocalizări, gesturi) pentru a emite solicitări sau a atrage atenția ascultătorului.
1 an – 2 ani	**III. Locuționară:** *- comunicare intenționată*	- achiziția unor acte comunicative simbolice, cum ar fi vorbirea sau folosirea semnelor.

Este de asemenea important de reținut faptul că în literatura de specialitate care discută aceste etape există un consens în ceea ce privește *debutul comunicării intenționate*: în mod obișnuit, acesta începe să apară la copii în jurul vârstei de 8-9 luni (Bates et al., 1979; Warren & Yoder, 1998, Crais et al., 2004). De asemenea, în aceeași literatură se subliniază ideea că dezvoltarea etapei ilocuționare constituie fundamentul necesar pentru apariția comunicării simbolice / locuționare (Warren & Yoder, 1998).

III. Comunicarea pre-verbală: definiție generală și importanță

Comunicarea pre-verbală este o formă de comunicare pe care bebelușii (sugarii) o folosesc pentru a interacționa cu cei din jurul lor, în primul rând cu părinții, bunicii sau cei care se ocupă de ei și nevoile lor, în general. Acest tip de comunicare nu se bazează pe cuvinte rostite – de unde și denumirea de „pre-verbal", ci se realizează prin *vocalizări, gesturi sau mișcările ochilor / privire*.

Comunicarea pre-verbală constituie modalitatea unică prin care, în primele luni de viață, copilul ne poate transmite informații în mod neintenționat și mai apoi intenționat, până la atingerea stadiului în care acesta va articula silabe și cuvinte. Ea reprezintă așadar o modalitate esențială și specifică de interacțiune umană, de o importanță majoră în asigurarea stării de bine a sugarului, atât din punct de vedere fizic cât și emoțional. Acest tip de comunicare constituie elementul-cheie de la care și pe care se va dezvolta ulterior comunicarea verbală. Prin urmare, etapa comunicării pre-verbale reprezintă o secvență fundamentală în evoluția omului ca ființă socială și necesită a i se acorda o atenție aparte atât de către specialiști, cât și de toți cei implicați în îngrijirea copilului.

IV. Comunicarea pre-verbală la copilul cu dezvoltare tipică

Încă de la început, un nou-născut se exprimă prin plâns pentru a semnala celor din jur faptul că îi este foame sau că suferă de un anumit disconfort. Ulterior, acesta continuă să se exprime prin zâmbet și mișcări corporale pentru a-și exprima confortul, folosind expresii faciale și

gesturi cu mult înainte de a începe să folosească cuvinte (Brady, Steeples & Fleming, 2005). Receptând diversele reacții și răspunsuri ale adulților din viața sa în legătură cu propriile lui manifestări, sugarul va dezvolta treptat comportamente de comunicare pre-verbale mai complexe, cum ar fi atingerea, manipularea și indicarea cu privirea și mâinile întinse către obiecte anume.

Adulții, în primul rând mama dar și ceilalți membrii ai familiei restrânse (tatăl, frații mai mari, bunica, bona etc.) sunt cei care încurajează și susțin prin reacțiile lor astfel de comportamente pre-verbale de comunicare ale copilului, privindu-i fața, zâmbindu-i, vorbind cu el, cântându-i și răspunzând la zâmbetele, vocalizările sau plânsul acestuia. Așadar, în primul an de viață, copilul se antrenează pentru comunicarea verbală prin intermediul comportamentelor sale de comunicare pre-verbală (Chen, 2002; Ayyildiz, Akçin & Güven (2016), Rowland & Schweigert, 1998, p. 415; Rowland și Stremel-Campbell, 1987, p.50; Topbaș, 2008).

V. Cele șapte stadii ale dezvoltării comunicării pre-verbale în cazul copiilor cu dezvoltare tipică

Dezvoltarea comunicării pre-verbale are loc mai ales în primii doi ani de viață, începând de la naștere, și poate fi structurată, conform literaturii de specialitate, într-o serie de șapte etape, în funcție de lunile de viață ale copilului (Bates și colab., 1979; Rowland & Schweigert, 1998 p. 416; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, p. 52; Topbaș, 2008, p. 3-4):

V.1. Etapa *comportamentelor pre-intenționale* (de la 0 la 3 luni):

În primele sale trei luni de viață, copilul comunică din reflex necondiționat și pe baza unor impulsuri determinate de starea lui psihologică dar mai ales biologică (foame, sete, confort, durere, frig etc.). Comportamentul acestuia nu este propriu-zis comunicativ și nici conștient sau intenționat.

Conform Rowland și Stremel-Campbell (1987, pp. 56-57) specifice acestei etape sunt vocalizări neintenționate – plânsete, (scâncete), bolbo-

roseli, gângureli („cry, gurgle, coo") – și acte motorii și gestuale involuntare precum mișcări ale capului, schimbări de postură, mișcări ale membrelor, expresia feței („head movements, postural change, limb movements, facial expression").

V.2. Etapa *comportamentelor intenționate* (între 3 și 8 luni):

În această perioadă, copilul începe să dezvolte tot mai mult control asupra comportamentelor sale care, în lipsa comunicării funcționale, necesită permanentă interpretare din partea mamei sau a celor care se ocupă de el.

Forme de comunicare vocală: agitație și vociferare („fuss");

Forme de comunicare motorii și gestuale: privirea obiectului, zâmbitul, întoarcerea capului, apropierea, îndepărtarea, întinderea pentru a ajunge la un obiect / o persoană, împingerea la o parte a obiectului / persoanei („regard object, smile, avert head, approach, move away, reach towards, push away"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57).

V.3. Etapa *comunicării neconvenționale pre-simbolice* (între 6 și 12 luni):

Comunicarea neconvențională și comportamentele deseori inadecvate din punct de vedere social, precum scâncete, țipete, aruncarea obiectelor, mușcături etc. sunt menite să atragă atenția adulților în mod intenționat.

Forme de comunicare vocală: râsul, sunete non-verbale (nearticulate) („laugh, non-speech sounds").

Forme de comunicare motorii și gestuale: toate comportamentele menționate anterior, contactul vizual, „manipularea" persoanelor („all of the above behaviors, eye contact, manipulate person"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57).

V.4. Etapa *comunicării pre-simbolice convenționale* (între 12 și 18 luni):

În această etapă copilul folosește gesturi naturale și convenționale, precum zâmbetul, fluturarea mâinii, clătinarea și scuturarea capului pentru aprobare sau respingere, ridicarea mâinilor pentru a fi luat în brațe etc.

Forme de comunicare vocală: un anumit model de intonare a sunetului care însoțește gestul („intonated sound pattern vocalization accompanies gesture"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57**).**

Forme de comunicare motorii și gestuale: alternarea privirii, întinderea obiectului spre cineva, atingerea obiectului, atingerea persoanei, deschiderea palmei, ridicarea din umeri, ridicarea palmelor în sus, indicarea, fluturarea mâinii, mișcări de aprobare sau dezaprobare din cap, sărutul/ îmbrățișarea/ mângâierea, ridicarea mâinii („alternating gaze, extend object, touch object, touch person, open palm, shrug, hands up/out, point, wave, nod/shake head, kiss/hug/pat, raise hand"**;** Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57**)**. Urmărind referințele acelorași autori mai sus menționați, aceasta este etapa în care apar abilitățile de alegere duală sau alegere de tipul da/nu („two-choice option și yes/no option"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57)**.**

V.5. Etapa *comunicării simbolice concrete* (între 12 și 24 luni):

Nu există o delimitare foarte clară a acestei perioade de cea anterioară. Copilul începe să înțeleagă tot mai mult relația dintre obiect și semnul / gestul care îl reprezintă. De exemplu, el începe să își atingă gura sau să își bată buzele cu palma atunci când îi este foame (vrea să mănânce).

Forme de comunicare vocală: imitarea sunetelor pe care le emit anumite obiecte („mimic sounds of objects").

Forme de comunicare motorii și gestuale: gesturi descriptive (imită, vine, se așază), pantomimă („depictive gestures (mine, come, sit), pantomime"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57).

V.6. Etapa *comunicării simbolice abstracte* (între 12 și 18 luni):

Copilul începe să se exprime prin cuvinte / semne unice, utilizând în continuare gesturi naturale și mișcări ale corpului care însoțesc expresia verbală.

Forme de comunicare vocală: cuvinte cheie („single spoken words").

Forme de comunicare motorii și gestuale: semne manuale individuale („single manual signs"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57).

V.7. Etapa *comunicării simbolice formale – limbajul („language")* (24+ luni):

Copilul începe să dezvolte competențe gramaticale și începe să vorbească folosind două sau mai multe semne / cuvinte.

Forme de comunicare vocală: combinarea a două sau mai multe cuvinte cheie („combination of 2 or more spoken words").

Forme de comunicare motorii și gestuale: combinarea a două sau mai multe semne manuale individuale („combinations of 2 or more manual signs"; Rowland & Stremel-Campbell, 1987, pp. 56–57).

VI. Comportamente și abilități de comunicare pre-verbală

Abilitățile de comunicare pre-verbală pe care copiii tipici le învață înainte sau pe măsură ce folosesc cuvintele în mod semnificativ sunt următoarele (Block, 2014; CPAS, n.d.).

VI.1. *Contactul vizual și localizarea sonoră (Eye Contact & Sound Localization)*

Înainte de formarea competențelor lingvistice, sugarii se bazează pe o serie de abilități specifice pentru a comunica cu cei din jur (Shumway și Wetherby, 2009, pp. 1139-1156), obținând informații prin îndreptarea privirii spre locul și fața celor care (le) vorbesc și prin ascultarea sunetelor din mediul înconjurător. Astfel, ei ajung să stabilească un anume contact vizual cu cei din jur și să recunoască fețe și voci.

Cu alte cuvinte, aceștia își utilizează privirea pentru a se implica în interacțiuni sociale, pentru a iniția sau a se angaja în acte de atenție comună și pentru a-și regla propriul comportament (Wetherby & Prizant, 2002). Comportamentul care implică orientarea privirii spre un stimul sonor apare în timpul etapei ilocuționare a dezvoltării comunicării. Cercetătorii în domeniu identifică, de regulă, două tipuri semnificative de priviri care au loc în dezvoltarea pre-lingvistică:

a) *urmărirea punctului* spre care e orientată privirea, și

b) *orientarea privirii în trei puncte*.

Primul tip, *urmărirea punctului de orientare* (Wetherby & Prizant, 2002) implică abilitatea copilului de a urmări privirea partenerului său de comunicare și de a se angaja în atenție comună. Acest comportament comunicativ este important deoarece permite copilului să se alăture unei experiențe comune alături de un partener de comunicare.

Atunci când un sugar se uită la un obiect, apoi se uită la adultul de lângă el și apoi din nou la obiect, acesta utilizează *orientarea privirii în trei puncte* (Wetherby & Prizant, 2002). Orientarea privirii în trei puncte îi permite copilului să transmită un mesaj partenerului său de comunicare. De exemplu, sugarul se uită la biberonul cu lapte de pe masă, apoi se uită la părinte și din nou la biberon pentru a indica nevoia de a-l obține (în acest fel îl solicită). Orientarea privirii în trei puncte se poate realiza, de asemenea, privind mai întâi la partenerul de comunicare, apoi la obiectul de referință și înapoi la partenerul de comunicare.

De reținut este și faptul că realizarea contactului vizual are importanță majoră în toate etapele vieții, comunicatorii eficienți folosindu-l pentru a indica celor din jur faptul că le acordă atenție și pentru a le oferi un sentiment de încredere și siguranță (CPAS, n.d., p. 14).

VI.2. ***Alternarea / Jocul reciproc (Turn Taking / Reciprocal Play)***

Este una dintre cele mai importante abilități sociale necesare în viața de zi cu zi (CPAS, n.d., p. 14).

Adulții încep să interpreteze de foarte devreme sunetele (zgomotele), zâmbetele, expresiile corporale și faciale ale bebelușului oferind feedback / răspunsuri acestor comportamente, ca mai apoi să lase un timp de pauză pentru ca bebelușul să le răspundă. Inițial, copilul și părintele fac alternativ acțiuni și scot sunete, și, mai târziu, rostesc cuvinte. În jurul vârstei de 3 luni, sugarul începe să dea dovadă de anticipare, exprimând emoție când aude sunetele asociate cu diferite situații, de exemplu vocile familiare, demonstrând o conștientizare a gestului și a expresiei feței (Block, 2014).

> „Copilul va începe să învețe să își aștepte rândul în timpul unei activități, și apoi, treptat, reușește să învețe să-și aștepte rândul în interacțiunile verbale. [Alternarea] este de asemenea necesară pentru formarea prieteniilor, comunicarea cu alții și participarea la jocuri" (CPAS, n.d., p. 22).

VI.3. ***Atenția comună (împărtășită) (Joint Attention & Understanding)***

Constituie acea abilitate de comunicare socială care apare în stadiul pre-lingvistic ilocuționar și care este considerată un element fundamental pentru dezvoltarea lingvistică ulterioară (Mundy & Newell, 2007, pp. 269-274).

Atenția comună se leagă de capacitatea de înțelegere și apare atunci când bebelușul și altă persoană (un adult) arată un interes comun pentru un obiect sau un eveniment și când există o conștientizare a lor în acest sens.

Potrivit autorilor Peter Mundy și Lisa Newell, sugarii demonstrează două tipuri de atenție împărtășită:

- primul tip se referă la modul în care copiii *răspund (reacționează)* la comportamentele comunicative ale celorlalți, cum ar fi atunci când el urmărește cu privirea sa privirea sau gestul altcuiva pentru a observa un punct de referință comun (Mundy & Newell, 2007, pp. 269-274);
- al doilea tip de atenție împărtășită este *inițierea atenției comune*: sugarul va demara în mod spontan și independent un act comunicativ folosind propria sa privire (inițiind contact vizual) sau anumite gesturi pentru a direcționa atenția celor din jur către anumite obiecte, evenimente sau chiar către sine (Mundy & Newell, 2007, pp. 269-274).

Abilitatea atenției comune este implicată în comunicarea copilului cu cei din jurul lui, în participarea acestuia la experiențe sociale comune, în demonstrarea afecțiunii lui pentru cineva sau ceva și, în același timp, în învățarea și descoperirea mediului înconjurător.

Referindu-se la abilitatea atenției împărtășite, Block se oprește asupra ideii de *permanență a unui obiect,* cu referire la faptul că un copil caută obiectele pe care le aruncă pe podea sau care sunt ascunse. Astfel, copilul va solicita indicând cu mâna sau cu degetul arătător obiectele sau evenimentele față de care manifestă interes. Acest lucru îi va încuraja pe adulții din jurul lui să continue comunicarea cu el și să numească obiecte și evenimente (Block, 2014).

„Toate aceste abilități de comunicare non-verbală continuă să se dezvolte pe măsură ce apar și abilitățile verbale ale copilului. Abilitățile de comunicare non-verbală și verbală se întrepătrund în timpul achiziției limbajului" (Block, 2014).

VI.4. ***Cauză & efect (Cause & Effect)***

Până la vârsta de 6 luni, copilul învață că, dacă aruncă un obiect pe podea, cineva îl poate ridica și i-l va da înapoi. De asemenea, dacă lovește un obiect sau dacă apasă butoanele unei jucării, aceasta poate produce lumini și/sau sunete (onomatopee, fragmente melodice etc.), dându-i satisfacție și determinându-l să repete acțiunea (Block, 2014).

VI.5. ***Jocul funcțional (Functional Play)***

Copiii învață despre lumea din jurul lor explorând. Înainte ca un copil să-și poată dezvolta cunoașterea expresiv-receptivă, trebuie să aibă o varietate de experiențe cu sens. Cea mai bună modalitate prin care un copil poate învăța despre lumea în care trăiește este prin realizarea de interacțiuni funcționale cu persoanele adulte din jurul lui și cu obiectele din mediul înconjurător, atribuind semnificație acestor obiecte și înțelegând funcții, precum aruncarea mingii, împingerea unei mașinuțe etc.

VI.6. ***Imitarea acțiunilor și intenția de mișcare (Imitation and Intention of Movements)***

Reprezintă capacitatea copilului de a copia / imita acțiuni și mișcări care i-au fost arătate sau acțiuni pe care le-a observat. Până la vârsta de 9 luni, un copil tipic este capabil să imite bătutul din palme și o serie de sunete vocale jucăușe, de exemplu a produce sunete prin mișcarea degetelor pe propriile buze sau a tuși. Un copil poate anticipa acțiuni pe baza unor cuvinte, de exemplu la întrebarea „Cât de mare este?" sau exclamația „Foarte mare!" din partea adulților, acesta va reacționa ridicând brațele în sus.

VI.7. ***Exprimarea (Expression)***

Copilul are intenție comunicativă, non-verbală, prin privire, expresii faciale, limbajul corpului, vocalizări, indicare, îndreptarea/ghidarea unui părinte către obiectul dorit, prin gest și în cele din urmă prin cuvinte,

pentru a saluta, a capta atenția adultului, a solicita, a protesta, a cere reluarea unei activități, și pentru a eticheta sau a numi (Block, 2014).

VI.8. ***Imitarea sunetelor (Imitation of sounds)***

Se referă la capacitatea copilului de a imita sunete, de exemplu modele de intonație, sunete din mediu, sunete vorbite și cuvinte.

VI.9. ***Conștientizarea vizuală și auditivă (Visual & Auditory Awareness)***

Este capacitatea copilului de a fi conștient de priveliștile și sunetele care apar în jurul său și de a recunoaște informațiile referitoare la acestea. Acest lucru este important, deoarece un copil trebuie să fie conștient de ceea ce se întâmplă în jurul lui înainte de a putea afla mai multe despre el însuși (CPAS, n.d., pp. 18–19).

VII. Consecințele dizabilității intelectuale severe și a dizabilității intelectuale profunde asupra comunicării

În *Independent Review of Teacher Supply for Pupils with Severe, Profound and Multiple Learning Difficulties (SLD and PMLD)*, Toby Salt prezintă într-un mod sintetic și suficient de complet aspectele și problemele care îi caracterizează atât pe elevii cu dizabilitate intelectuală severă, cât și pe cei cu dizabilitate intelectuală profundă, însumând pentru fiecare grup în parte descriptori funcționali, comunicativi și academici, însoțiți de câteva repere metodice cheie. Din punctul lui de vedere, o parte dintre elevii încadrați în prima categorie ar putea folosi semne și simboluri, dar cei mai mulți reușesc să susțină conversații simple (Salt, 2010, p. 14), în timp ce:

> „Elevii cu dizabilitate intelectuală profundă au nevoi complexe de învățare. În plus față de dificultățile foarte severe de învățare, elevii au alte dificultăți semnificative, cum ar fi dizabilități fizice, tulburări senzoriale sau o afecțiune medicală severă. Elevii necesită un nivel ridicat de sprijin din partea adulților, atât pentru nevoile lor de învățare, cât și pentru îngrijirea lor personală. Este probabil ca aceștia să aibă nevoie de stimulare senzorială și de un curriculum împărțit în pași foarte mici. Unii elevi comunică prin gesturi, indicarea cu ajutorul privirii sau simbolurilor, iar alții printr-un limbaj foarte simplu" (Salt, 2010, p. 14).

Pentru majoritatea specialiștilor, elevii încadrați în categoria dizabilității mentale profunde sunt comunicatori non-verbali, pre-lingvistici, care folosesc mijloace de comunicare pre-simbolice și informale, cum ar fi vocalizări, expresii faciale și mișcări ale corpului pentru a-și exprima preferințele și emoțiile imediate (Hathazi, 2015). Despre ei, Mansell (2010), spune că:

> „Persoanele cu deficiențe intelectuale profunde și multiple au mari dificultăți de comunicare; de obicei au o înțelegere foarte limitată și se exprimă prin mijloace non-verbale sau cel mult prin utilizarea câtorva cuvinte sau simboluri. Ele prezintă adesea dovezi limitate ale intenției" (Mansell, 2010, p. 4).

Chiar și acolo unde există o comunicare intenționată, semnalele pot fi idiosincratice, ceea ce înseamnă că o comunicare cu astfel de elevi sau persoane trebuie interpretată de cei care sunt familiarizați cu ei.

În viziunea lui Hogg și Sebba, persoanele *„cu astfel de disfuncții prezintă o înțelegere redusă sau deloc evidentă a limbajului, fără a avea interacțiuni simbolice aparente cu obiecte și aproape nicio capacitate de auto-susținere"* (Hogg & Sebba, 1986, apud Nakken & Vlaskamp, 2007, pp. 83–87).

Deoarece acești copii sunt pre-simbolici (non-simbolici, mai exact), capacitatea lor de a utiliza mijloace alternative de comunicare bazate pe sisteme precum limbajul mimico-gestual, imaginile sau simbolurile tinde să fie limitată și este uneori afectată și mai mult de dizabilități fizice care, de exemplu, le îngreunează utilizarea de semne manuale sau indicarea alegerilor prin atingerea cu mâna sau arătarea cu degetul.

VIII. Aplicabilitatea stadiilor dezvoltării comunicării pre-verbale în cazul copilului cu dizabilități multiple. Limitări și avantaje

Deși cele șapte stadii de dezvoltare a comunicării pre-verbale în cazul copiilor tipici, prezentate la punctul 1.5 constituie un set de repere importante în evaluarea și descrierile copiilor cu dezvoltare atipică, trebuie reținut faptul că utilizarea lor în contextul existenței uneia sau a mai multor dizabilități nu înseamnă sub nicio formă o raportare exactă, strictă la acestea. Juliet Goldbart, profesor la Manchester Metropolitan

University, atrage atenția asupra faptului că un copil cu dizabilități multiple și vârstă biologică mai mare, va avea atât o gamă mai diversificată de experiențe sociale, cât și alte nevoi și alte interese decât un copil mai mic, în același timp purtând amprenta unui istoric de învățare prin încercări nereușite repetate de a comunica (Goldbart, 1994).

Este ceea ce notează și autorii Romski și Sevcik, citați de Harvey H. Mar și Nancy Sall, și anume faptul că:

> „(...) descrierile comportamentelor comunicative din punct de vedere al parametrilor normali și secvențele de dezvoltare pot fi, de asemenea, înșelătoare sau pot să nu reflecte în mod adecvat competența persoanelor cu dizabilități severe, deoarece, pe perioade lungi de timp, acestea pot învăța și utiliza mijloace, alternative de comunicare" (Mar, Sall, 1999).

IX. Evaluarea nivelului de dezvoltare a comunicării pre-lingvistice și întocmirea profilului de comunicare în cazul elevilor cu dizabilități multiple. Studiu de caz.

- **Criterii de selecție și includere a subiecților în studiul de caz:**

În selecția și includerea subiecților în prezentul studiu de caz s-a ținut cont de îndeplinirea, de către aceștia, a următoarelor criterii:

- să aibă dizabilitate intelectuală severă și multiplă (IQ < 34) sau dizabilitate intelectuală profundă (IQ < 20);
- să aibă cel puțin o dizabilitate asociată deficitului intelectual: dizabilitate motorie, dizabilitate fizică, eventual dizabilități senzoriale (de vedere, de auz) etc.;
- să se afle, ca și și competențe de comunicare, în stadiul pre-verbal pre-intenționat sau în stadiul pre-verbal intenționat pre-simbolic (non-simbolic[1]);
- să aibă un deficit sever sau profund de înțelegere a limbajului verbal;

[1] Termenul nonsimbolic este utilizat cu prioritate față de termenii prelingvistic sau non-lingvistic, întrucât competențele lingvistice includ mai mult decât simpla capacitate de a utiliza sau de a înțelege simboluri convenționale (Snell, Loncke (2002).

- să aibă resturi de vedere care permit reacția la stimuli și itemi (obiecte, jucării, persoane) din câmpul lor vizual;
- să aibă auz funcțional suficient pentru a putea răspunde/ reacționa la o altă persoană care le cântă sau le vorbește.

- **Criterii de excludere a subiecților în prezentul studiu de caz:**

În selecția elevilor, s-a avut în vedere ca aceștia *să nu utilizeze în mod consecvent/frecvent mijloace formale alternative de comunicare de exemplu semne / simboluri*.

- **Sumarul psihopedagogic al subiecților supuși studiului:**

În prezentul capitol alegem să redăm în mod detaliat cazul subiectului D. M., sex feminin, retard psihic sever, IQ<34,– *Plan cadru și curriculum pentru copii/elevi/tineri cu deficiențe grave, severe, profunde sau asociate*, școlarizată cu profesor itinerant și de sprijin la domiciliu.

Profilul psihologic al elevei, desprins în septembrie 2020 din cercetarea documentelor de evaluare medicală și evaluare psihologică coroborate cu rezultatele evaluărilor școlare (evaluări psihopedagogice și evaluări inițiale la început de an școlare etc.) este următorul:

SUMAR PSIHOLOGIC – ELEVA D. M.:

Nume și prenume elev: D. M.
Clasa a II-a – curriculum pentru deficiențe mentale severe, profunde și/sau asociate, școlarizată în anul școlar 2020-2021 cu profesor itinerant și de sprijin la domiciliu
Data nașterii: 30 iunie 2007
Sex: feminin
Diagnostic conform certificatului de încadrare în handicap și documentelor medicale:

- retard psihic sever, IQ<34 cu dificultăți mari adaptative
- paralizie cerebrală tetraparetică spastic – ataxică
- epilepsie simptomatică (crize controlate polidrog)
- dependent de persoana care o îngrijește

Stadiul de dezvoltare a gândirii: senzorio-motor

COMPORTAMENT MOTOR	COMPORTAMENT COGNITIV	COMPORTAMENT VERBAL	COMPORTAMENT SOCIO-AFECTIV
Motricitate grosieră: *Vârsta de dezvoltare 12-15 luni* - deficit al coordonării motorii în raport cu vârsta cronologică - psihomotricitate tulburată de prezența paraliziei cerebrale - prezintă tremur la nivelul întregului corp și stereotipii comportamentale - merge folosind o bază largă de susținere (tulburări de mers, tulburări de echilibru) - se deplasează cu sprijin pe distanțe scurte **Motricitate fină:** *Vârsta de dezvoltare 5 luni* - folosește pensa digitală	*Vârsta de dezvoltare 12-15 luni* - reacționează la auzirea propriului nume - înțelege și execută neconstant câteva comenzi foarte simple („Șezi!", „Vino la mine!") - găsește obiectul ascuns - manipulează obiectele cu o anumită intenție - construiește după demonstrație un turn de până la 5 cuburi mari - începe să imite	**Impresiv:** *Vârsta de dezvoltare 10 luni* **Expresiv:** *Vârsta de dezvoltare 3 luni* - prezintă retard mixt de limbaj în cadrul sindromului nedezvoltării vorbirii consecutiv paraliziei cerebrale - uneori reacționează (se ridică, se așază etc.), ca formă de răspuns, la câteva comenzi verbale foarte simple - recunoaște persoanele familiare şi un număr limitat de obiecte și acțiuni după denumire - emite sporadic sunete guturale exprimând disconfortul sau satisfacția	*Vârsta de dezvoltare 8 luni* - solicită atenția adulților prin întinderea mâinilor - zâmbește ca răspuns la atenția adulților cunoscuți - comportamentul relațional este perturbat de prezenta unor reacții de impulsivitate, rar agresivitate - prezintă toleranță scăzută la frustrare - abilitățile de autoservire de bază nu sunt însușite; nu are control sfincterian - dependentă de îngrijitor

- **Evaluarea nivelului de dezvoltare a comunicării pre-lingvistice a celor 4 subiecți:**

Evaluarea inițială a nivelului de dezvoltare a comunicării pre-verbale s-a desfășurat în perioada 15-30 septembrie 2020 și a urmărit:

Pasul I: ***Stabilirea nivelului de dezvoltare a comunicării pre-verbale*** la care se află fiecare subiect, după caz:

– *nivelul comunicării pre-verbale pre-intenționate,* la care copilul poate avea sau nu conștientizarea faptului că un anumit comportament duce la un anumit rezultat (funcție), dar nu prezintă dovezi ale îndreptării acestuia către partener (Latham & Miles, 2012).
– *nivelul comunicării pre-verbale intenționate non-simbolice;*
– etapa *de tranziție* de la comunicarea intenționată non-simbolică *spre comunicarea intenționată simbolică (utilizarea simbolurilor concrete).*

Pasul II: ***Evaluarea competențelor pre-lingvistice ale subiecților în interiorul nivelului de dezvoltare la care aceștia se situează.***

În vederea **încadrării de nivel (Pasul I**) au fost utilizate următoarele instrumente:

a) instrumente de bază:

– Scala de evaluare a abilităților timpurii de comunicare *Communication Matrix* (Rowland, 2011);

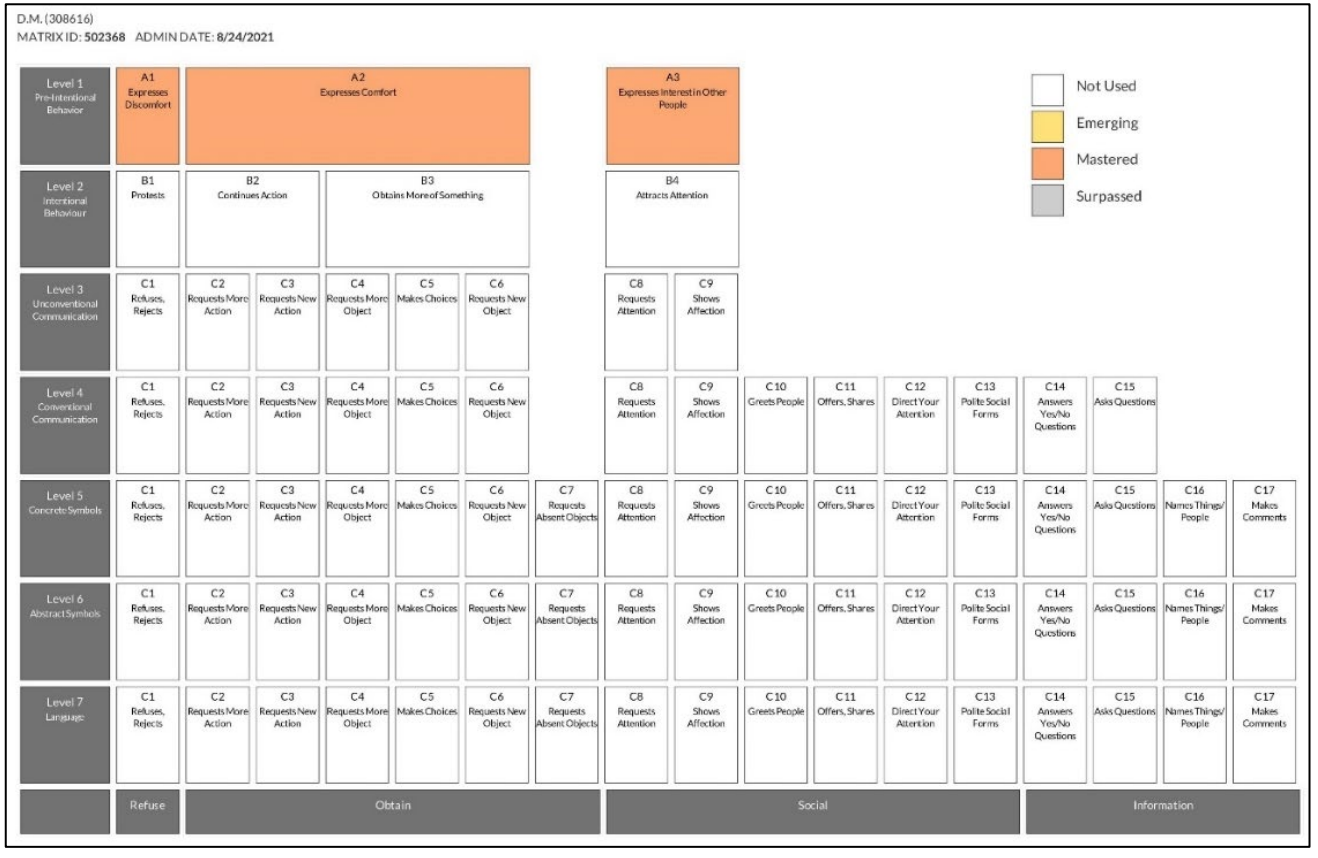
b) instrumente orientative:

– *Descriptorii de progres* din *Scala de Progres (P-Scales)* din Marea Britanie, pentru nivelul de comunicare pre-verbală pre-intenționată și nivelul de comunicare pre-verbală intenționată non-simbolică P1-P3 (Qualifications and Curriculum Authority, 2009);
– *Diagrama de evaluare a comunicării și gândirii* oferită de Claire Latham și Ann Miles, cuprinsă în lucrarea *Communications, Curriculum and Classroom Practice* (Latham & Miles, 2012), prezentată într-o formă cât se poate de simplă, sintetică și clară, oferind profesorului de educație specială *caracteristicile-cheie* fiecărui stadiu de dezvoltare.

Aplicarea matricei *Communication Matrix* a indicat, pentru subiectul D. M., următorul profil de nivel:

Rezultatele evaluării nivelului de dezvoltare a comunicării pre-lingvistice conform *Communication Matrix*

Eleva D.M.:



Centralizat, ***rezultatele*** *evaluării în vederea stabilirii nivelului de dezvoltare a comunicării pre-lingvistice* ale subiectului supus atenției arată astfel:

Subiect	**Data evaluării**	**Nivelul de progres conform *Communication Matrix***	**Nivelul de dezvoltare a comunicării după *Diagrama de evaluare a comunicării și gândirii* (cf. Latham & Miles, 2012)**
Eleva D.M.	Septembrie 2020	**Nivelul 1:** Comportament ***pre-intenționat*:** - exprimă disconfort - exprimă confort - exprimă interes pentru alte persoane	Stadiul comunicării pre-verbale ***pre-intenționate (0-5 luni)***: - realizează *comunicare bidirecțională*

Evaluarea subiecților în interiorul nivelului de dezvoltare în care se situează din punct de vedere pre-verbal (Pasul II): în această etapă au fost analizate prezența / absența și caracteristicile următoarelor comportamente pre-verbale:

- comunicarea afectivă
- contactul vizual și schimbul de priviri (*mutual gaze*)
- localizarea sunetelor
- atenția comună și înțelegerea; permanența obiectului
- alternarea activităților și interacțiunea socială
- imitarea acțiunilor și intenția de mișcare
- cauza și efectul
- jocul funcțional
- exprimarea
- imitarea sunetelor și producerea vocală
- conștientizarea vizuală și auditivă

Ca instrumente orientative în analiza comportamentelor enumerate s-au utilizat:

1. *Fișa de observație (Observation Recording Sheet)* și *Fișa de identificare (Indentification Recording Sheet)* a comunicării afective, disponibile în lucrarea *Communication before Speech* (Coupe O'Kane, J. and Goldbart, J., 1998, p.13-14);

2. *Grila de Evaluare a Comunicării Timpurii* (*The Early Communication Assessment: ECA*), disponibilă în aceeași lucrare (Coupe O'Kane & Goldbart, 1998, pp. 100–111);

3. *Diagrama de evaluare a comunicării și gândirii* oferită de Claire Latham și Ann Miles (Latham & Miles, 2012).

Pentru *nivelul comunicării pre-verbale intenționate non-simbolice*[1], s-au urmărit, inventariat și analizat următoarele forme ale limbajului non-simbolic expresiv, urmând lista oferită de *Board of Studies NSW. (2012), English K–6. Support Materials for Students with Special Education Needs*

- sunete, de exemplu diverse zgomote, vocalizări (adică orice sunet vocal în afară de cuvinte), icneli, plâns, râs, țipat;
- gesturi informale (colocviale), de exemplu gesturi idiosincratice (acțiuni care sunt tipice pentru un elev, spre exemplu țuguierea buzelor pentru a indica foamea și care, cel mai probabil, nu sunt înțelese de parteneri de comunicare necunoscuți / nefamiliari;
- atingerea, de exemplu oferirea, împingerea, tragerea obiectelor sau persoanelor (cum ar fi conducerea partenerilor de comunicare spre un obiect, ținându-i de mână), manipularea altor persoane (cum ar fi plasarea mâinii partenerului pe un mâner / o clanță pentru a deschide ușa, împingerea partenerului);
- respirația, de exemplu respirația mai accelerată sau mai încetinită, suspinarea, suflarea aerului;
- expresii faciale, de exemplu țuguierea buzelor, scoaterea limbii, încruntarea, zâmbetul;
- mișcarea ochilor, de exemplu îndreptarea privirii într-o anumită

[1] Potrivit lui Snell și Loncke (2002), comunicarea nonsimbolică dintre copil și partenerii săi se construiește într-un mod idiosincratic, prin conturarea și dezvoltarea unui repertoriu de forme și semnificații specifice fiecărui copil. Acest sistem comunicativ este împărtășit cu partenerii de interacțiune (apropiații copilului), care contribuie atât la stabilirea sensurilor prin reacțiile lor, cât și la organizarea rutinelor comunicative. Caracterul idiosincratic al acestui proces explică, pe de o parte, de ce persoanele apropiate copilului reușesc adesea să îi interpreteze comportamentele, iar pe de altă parte, de ce interlocutorii mai îndepărtați sau străini întâmpină dificultăți, precum și faptul că repertoriul comunicativ este relativ predictibil.

direcție (cum ar fi pentru a privi spre anumite persoane, locații, obiecte, schimbarea direcției privirii, privirea într-o parte, ațintirea privirii), deschiderea sau închiderea ochilor, privitul fix, clipitul, holbatul;
- limbajul trupului / mișcările corpului de exemplu mișcarea pentru a se apropia / a se depărta, încordarea corpului, zguduirea / scuturarea corpului, repoziționarea, întinderea spre ceva / cineva, indicarea, apucarea unui membru / a unei părți a corpului, bătutul din picioare, poziționarea lângă o persoană sau obiect, sau întoarcerea / reorientarea corpului;
- comportamente problematice, spre exemplu lovirea, comportament auto-vătămător, manifestări verbale (cum ar fi țipetele, tânguielile);
- comportamente stereotipice, de exemplu bătutul din palme, frângerea mâinilor, legănarea corpului, apucarea capului cu mâinile (Board of Studies NSW, 2012).

Pentru *nivelul comunicării pre-verbale intenționate simbolice*, s-a ținut cont, în principal, de următoarele simboluri ajutătoare/intermediare inventariate în aceeași lucrare (Beukelman & Mirenda, 2005, apud Board of Studies NSW, 2012):
- obiecte, de exemplu obiecte reale, obiecte miniaturale;
- părți ale unor obiecte, de exemplu fragmente sau resturi;
- obiecte asociate, de exemplu un mouse care reprezintă computerul;
- simboluri tactile, de exemplu simboluri de textură, simboluri de umflare, simboluri de indentare;
- fotografii;
- linii desenate / reprezentări pictoriale;
- obiecte ajutătoare electronice și non-electronice.

Rezultatele analizei comportamentelor și abilităților de comunicare pre-verbală au fost introduse, sub formă descriptivă, în tabelul cuprinzând *Profilul de comunicare.*

- **Întocmirea profilului de comunicare pe baza rezultatelor obținute în urma evaluării pre-lingvistice complexe.**

PROFIL DE COMUNICARE **Eleva D.M.** Clasa a II-a DMS an școlar 2020-2021	**Nivelului de dezvoltare a comunicării pre-lingvistice conform *Communication Matrix* (septembrie 2020):** - Nivelul 1: *Comportament pre-intenționat* - exprimă interes pentru alte persoane **Nivelul de dezvoltare a comunicării după *Diagrama de evaluare a comunicării și gândirii* – cf. Claire Latham & Ann Miles (septembrie 2020):** Stadiul comunicării *pre-intenționate* (0-5 luni): - realizează *comunicare bidirecțională*.

COMPETENȚE PRE-VERBALE ȘI/SAU VERBALE EXISTENTE LA ÎNCEPUTUL ANULUI ȘCOLAR 2020-2021. DETALIERI.

– realizează *comunicare bidirecțională* între ea și o persoană și între ea și un obiect;
– stabilește *contact vizual* și privește către persoana care interacționează cu ea, ocazie cu care de cele mai multe ori se va balansa stânga-dreapta;
– *zâmbește* impersonal pentru a exprima o bucurie, o stare de bine, o satisfacție sau o preferință;
– *țipă, lovește cu mâna, se lasă jos pe podea, plânge* pentru a exprima un disconfort sau o nemulțumire;
– *se îndepărtează* de persoanele față de care are o antipatie sau de obiecte care îi displac și poate vocaliza aceste stări și trăiri interioare;
– *recunoaște* și *se apropie* de persoanele cunoscute, în special de adulți; *se îndepărtează, țipă* sau *împinge cu mâna* persoanele necunoscute;
– câteodată *plasează un obiect în mâna unui adult* pentru a solicita ceva de la acesta, de exemplu o piesă mare de Lego pe care dorește ca adultul să o așeze pentru ea (să o fixeze) peste o altă piesă, sau un ursuleț de pluș care să îi fie apoi aruncat înapoi;
– *se exprimă* uneori *vocal* prin emiterea de sunete guturale, nearticulate pentru a exprima o bucurie sau o dorință;
– *poate reacționa când își aude numele*, de exemplu să se ridice de pe scaun atunci când este chemată, dar nu face acest lucru în mod constant; existența în proximitatea ei a unor lucruri care îi stârnesc interesul poate constitui, în acest sens, un factor perturbator; aceeași lipsă de răspuns la auzirea propriului nume se va înregistra în cazul în care eleva se află implicată într-o activitate care îi face plăcere;
– *se deplasează independent dar greoi /nesigur* în spații închise sau deschise, prezentând un tremur constant la nivelul întregului corp și o lipsă de coordonare a membrelor inferioare aflate în mișcare;
– poate *localiza cu privirea un obiect* (de exemplu, o jucărie) aflat într-o încăpere sau într-un spațiu deschis și se poate deplasa către el pentru a-l apuca cu mâna sau a solicita să-i fie dat, prin prindere cu mâna și/sau emisii vocale; odată obiectul obținut, eleva îl va explora pentru mai mult timp, rotindu-l în mână, scuturându-l sau lovindu-l de diverse suprafețe tari (masă, mânerul fotoliului etc.);

– poate *alege între două obiecte*, adică dintre unul preferat și unul pe care nu îl preferă sau care nu îi stârnește interesul; această abilitate nu este însă suficient consolidată;
– poate *anticipa câteva rutine*, de exemplu își va ridica brațele ca să i se pună sau să i se dea jos o bluză fără nasturi, sau picioarele pentru a fi încălțată;
– poate *face legătura logică* dintre două obiecte familiare și, pentru a indica acest lucru, va lovi cele două obiecte unul de altul;
– este *fascinată de jucăriile senzoriale* pe care le poate localiza într-un spațiu închis sau deschis; de exemplu, va căuta și va găsi o minge care strălucește sau luminează intermitent, când aceasta este ascunsă în piscina cu mingi colorate de plastic; de asemenea, poate activa o jucărie senzorială când i se oferă un model;
– se angajează în activități senzoriale, explorează obiecte băgându-le în gură sau lovindu-le;
– îi place să fie dusă în camera senzorială și, mai ales, să fie așezată în șezut sau pe spate în piscina cu mingi, moment în care va comunica în felul său propriu, nonverbal.

Concluzii:
– eleva lucrează în mod constant ***la un nivel pre-intenționat*** de ***comunicare bidirecțională,***
– este necesar ca aceasta să fie implicată sistematic și constant în activități de explorare a unei game mai largi de obiecte, fiind provocată și stimulată în înfăptuirea unor acte de ***comunicare pre-verbală pe trei direcții***, prin distribuirea atenției între profesor și obiect (profesor – obiect – profesor sau obiect – profesor – obiect) prin utilizarea ***privirii referențiale***.

BARIERE ÎN CALEA COMUNICĂRII:
– mobilitatea limitată în contextul paraliziei cerebrale;
– necesită timp suplimentar de gândire pentru a procesa informații;
– are nevoie de timp pentru a se angaja în activități care nu fac parte din rutină.

COMPETENȚE PE CARE ELEVA TREBUIE SĂ ȘI LE DEZVOLTE SAU CONSOLIDEZE:
– *dezvoltarea abilităților de comunicare pe trei direcții*, respectiv folosirea privirii referențiale pentru a-și distribui atenția între un adult și un obiect;
– dezvoltarea capacității de explorare a unei game mai largi de obiecte și *jucării de tip cauză-efect*;
– consolidarea *capacității de a alege între două obiecte preferate*;
– dezvoltarea capacității *de a cere / solicita continuarea sau repetarea unei activități*, exprimând prin mișcări corporale, atingeri și/sau vocalizări ideea de „Mai vreau!", „Încă o dată!", „Din nou!", „Mai mult!".

ACTIVITĂȚI DE STIMULARE ȘI DEZVOLTARE A COMUNICĂRII PRE-VERBALE. STRATEGII DE LUCRU.
– în vederea *facilitării / realizării contactului vizual* și a *integrării/asocierii om – obiect,* este necesar ca profesorul să plaseze jucăriile aproape de propria lui față, astfel încât eleva să poată privi simultan spre el și spre obiect;
– este necesar ca elevei să i se ofere oportunități de a manipula și explora diferite obiecte și jucării de tip *cauză-efect*, iar profesorul / adultul să îi arate cum funcționează acestea, de exemplu prin așezarea palmei elevei peste mâna adultului pentru a apăsa un buton sau pentru a activa un comutator;

– este necesar să i se ofere elevei ocazia de a alege între două obiecte preferate, prin ținerea/prezentarea lor atât în plan vertical cât și în plan orizontal;
– este necesar ca eleva să fie provocată în mod constant în a solicita continuarea sau repetarea unui joc, prin implicarea ei în activități în care trebuie să anticipeze și să își aștepte rândul. Este important ca atunci când aceasta vocalizează solicitând repetarea unei acțiuni sau când se întinde spre obiectul dorit, profesorul să i-l ofere rostind clar și stimulativ expresii precum „Mai vrei o data?!", „Încă o dată?!", „Din nou?!".

Bibliografie

1. Abric, J. Cl. (2002). *Psihologia Comunicării. Teorii și metode*, Editura Polirom, Iași.
2. Academia Română, Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan". (1998). *Dicționarul explicativ al limbii române* (ed. a II-a). București: Univers Enciclopedic.
3. Austin, J.L. (1962). *How to Do Things with Words.* Cambridge: Harvard University Press.
4. Ayyildiz, E., Akçin, N., & Güven, Y. (2016). Development of Preverbal Communication Skills Scale for Children with Multiple Disabilities and Visual Impairment în Journal of Human Sciences, 13(2), 2668-2681 doi:10.14687/jhs.v13i2.3718;
5. Bates, E. (1976). *Language and Context: The Acquisition of Pragmatics*. New York: Academic Press, Inc.
6. Bates, E., Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). *The Emergence of Symbols: Cognition and Communication in Infancy.* New York: Academic Press.
7. Beukelman, D., & Mirenda, P. (2005). *Augmentative and Alternative Communication: Management of Severe Communication Impairments* (3rd ed.). Baltimore: Brookes,
8. Björklid, P. & Fischbein, S. (1996). *Det pedagogiska samspelet [The Pedagogical Interaction]*. Lund: Studentlitteratur
9. Block, R. (2014). *Preverbal – Augmentative Communication* [Checklist]. KMV Diagnostics. wordpress.com
10. Board of Studies NSW. (2012). *English K–6: Support materials for students with special education needs* https://educationstandards.nsw.edu.au/flippingbook/communication/files/assets.
11. Brady, N. C., Steeples, T., & Fleming, K. (2005). Effects of prelinguistic communication levels on initiation and repair of communication in children with disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 48*(5), 1098–1113. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/076)
12. Bronfenbrenner, U. (1992). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187–249). London: Jessica Kingsley

13. Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human.* Thousand Oaks, CA: Sage.
14. Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley.
15. Burgoon, J. K., Le Poire, B. A., & Rosenthal, R. (1995). Effects of preinteraction expectancies and target communication on perceiver reciprocity and compensation in dyadic interaction. *Journal of Experimental Social Psychology, 31*(4), 287–321. https://doi.org/10.1006/jesp.1995.1014
16. Camaioni, L. (1993). The development of intentional communication: A re-analysis. In J. Nadel & L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 82–96). London: Routledge.
17. Cerebral Palsy Alliance Singapore. (n.d.). *Strategies for building language and communication skills in children: A parent handbook*. Singapore: Cerebral Palsy Alliance Singapore, Speech and Language Pathology Department.
18. Chen, D. (2002). Encouraging early communication. In L. Alsop (Ed.), *Understanding deafblindness: Issues, perspectives, and strategies*. North Logan, UT: HOPE.
19. Coupe O'Kane, J., & Goldbart, J. (1998). *Communication before speech: Development and assessment* (2nd ed.). London: David Fulton.
20. Crais, E., Douglas, D. D., & Campbell, C. C. (2004). The intersection of the development of gestures and intentionality. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 47*(3), 678–694. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/052)
21. Ellis, A., & Beattie, G. (1986). *The Psychology of Language and Communication.* London: Weidenfeld and Nicolson.
22. Firth, G. (2019). *Intensive Interaction: An introductory guide to Intensive Interaction for those who work with or support people with severe or profound and multiple learning difficulties and/or autism*. Leeds: Leeds and York Partnership NHS Foundation Trust.
23. Fogel, A. (1993). Two principles of communication: Co-regulation and framing. In J. Nadel & L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 9–22). London: Routledge.
24. Goldbart, J. (1994). Opening the communication curriculum to students with PMLDs. In J. Ware (Ed.), *Educating children with profound and multiple learning difficulties* (pp. 15–62). London: David Fulton.
25. Hathazi, A. (2015). Dizabilitățile multiple. În A. Roșan (Coord.), *Psihopedagogie specială: Modele de evaluare și intervenție*. Iași: Polirom.
26. Hogg, J., & Sebba, J. (1986). *Profound retardation and multiple impairment: Vol. 1. Development and learning*. London: Croom Helm.

27. Ivory, J. J., & McCollum, J. A. (1999). Effects of social and isolate toys on social play in an inclusive setting. *The Journal of Special Education, 32*(4), 238–243. https://doi.org/10.1177/002246699903200404

28. Latham, C., & Miles, A. (2012). *Communication, curriculum and classroom practice*. London: Routledge.

29. Mansell, J. (2010). *Raising our sights: Services for adults with profound intellectual and multiple disabilities*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

30. Mar, H. H., & Sall, N. (1999). Profiles of the expressive communication skills of children and adolescents with severe cognitive disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 34*(1), 77–89.

31. Mundy, P., & Newell, L. (2007). Attention, joint attention, and social cognition. *Current Directions in Psychological Science, 16*(5), 269–274. https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00518.x

32. Nakken, H., & Vlaskamp, C. (2007). A need for a taxonomy for profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 4*(2), 83–87. https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00104.x

33. Qualifications and Curriculum Authority (2009), *The P scales: Level description P1 to P8.* London: QCA

34. Rowland, C., & Schweigert, P. (1998). Enhancing the acquisition of functional language and communication. In S. Z. Sacks & R. K. Silberman (Eds.), *Educating students who have visual impairments with other disabilities* (pp. 413–438). Baltimore: Paul H. Brookes.

35. Rowland, C., & Stremel-Campbell, K. (1987). Share and share alike: Conventional gestures to emergent language for learners with sensory impairments. In L. Goetz, D. Guess, & K. Stremel-Campbell (Eds.), *Innovative program design for individuals with dual sensory impairments* (pp. 49–75). Baltimore: Paul H. Brookes.

36. Rowland, C. (2011). Using the Communication Matrix to assess expressive skills in early communicators. *Communication Disorders Quarterly, 32*(3), 190–201. https://doi.org/10.1177/1525740110394651

37. Salt, T. (2010). *Salt review: Independent review of teacher supply for pupils with severe, profound and multiple learning difficulties (SLD and PMLD)*. London: Department for Children, Schools and Families.

38. Snell, M. E., & Loncke, F. T. (2002). *A manual for the dynamic assessment of nonsymbolic communication*, Charlottesville: University of Virginia.

39. Shumway, S., & Wetherby, A. M. (2009). Communicative acts of children with autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 52*(5), 1139–1156. https://doi.org/10.1044/1092-4388 (2009/07-0280)

40. Sugarman, S. (1984). The development of preverbal communication: Its contribution and limits in promoting the development of language. In R. L. Schiefelbusch & J. Pickar (Eds.), *The acquisition of communicative competence* (pp. 23–67). Baltimore: University Park Press.

41. Topbaş, S. (2008). Dil gelişimini destekleme [Supporting language development]. In S. Eripek (Ed.), *Özel eğitim* [Special education]. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

42. Wetherby, A. M., & Prizant, B. M. (2002). *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile* (1st normed ed.). Baltimore: Paul H. Brookes.

43. Warren, S. F., & Yoder, P. J. (1998). Facilitating the transition from preintentional to intentional communication. In A. M. Wetherby, S. F. Warren, & J. Reichle (Eds.), *Transitions in prelinguistic communication* (pp. 365–384). Baltimore: Paul H. Brookes

Specificul abordării logopedice în contextul dizabilităților multiple

Sindromul Poirier-Bienvenu (POBINDS)

Carolina Bodea-Hațegan

Abordarea logopedică în contextul dizabilităților multiple

Abordarea logopedică în contextul dizabilităților multiple este direcționată de tulburările care se asociază și de complexitatea tabloului simptomatologic rezultat. Suntem conștienți de faptul că un tablou de dizabilitate multiplă nu este neapărat o sumă a tulburărilor care se asociază, ci este mai degrabă un rezultat al interferențelor dintre tablourile patologice asociate (Kohzuki, 2024).

Terapia logopedică prezintă un nivel crescut de dinamism ca urmare a complexității cazurilor cu care terapeuții ajung să se confrunte în ultima perioadă. Se notează o creștere a numărului cazurilor complexe, care reclamă abordări multidisciplinare integrate, iar pentru această situație putem enumera următorii factori:

a. Intensificarea practicilor de diagnosticare precoce – tot mai mulți copii și adulți sunt diagnosticați mai devreme cu tulburări de limbaj, ceea ce permite intervenții mai timpurii, dar și evidențiază complexitatea problemelor (Law, Dennis, Charlton, 2017, Crosbie, Holm, Dodd, 2005; Neumann et al, 2024).

b. Incidența crescută a tulburărilor neurodezvoltării – Tulburările precum cele din spectrul autist, ADHD-ul sau tulburările specifice de

învățare sunt tot mai frecvent identificate și necesită o intervenție logopedică personalizată (Tamas, Marcović, Milankov, 2013, Bodea Hațegan, Talaș, Trifu, 2024 (a)).

c. Impactul tehnologiei și al mediului digital – Expunerea excesivă la ecrane și reducerea interacțiunilor față în față pot contribui la întârzieri în dezvoltarea limbajului și dificultăți severe de comunicare (Bodea Hațegan, Talaș, Trifu, 2024 (b)).

d. Factori genetici și epigenetici – Cercetările recente arată o influență semnificativă a geneticii asupra dezvoltării limbajului, ceea ce impune strategii de intervenție mai specifice (Wijngaarden, Wilde, Mink van der Molen, Petter, Stegeman, Gerrits, Smit, Boogaard, 2024, Schiavon et al. 2025).

e. Comorbidități asociate – Multe tulburări de limbaj sunt însoțite de alte dificultăți cognitive, motorii sau emoționale, ceea ce impune o colaborare mai strânsă între specialiști (logopezi, psihologi, neurologi, terapeuți ocupaționali etc.) (Zehnhoff-Dinnesen, Denk-Linnert, Hegazi, Keilmann, Kiese-Himmel, Neumann, Regele, Schönweiler, Seemanova, 2020, Bourin, 2025; Cokluk, & Butur, (2025).

f. Evoluția metodelor de diagnostic și intervenție – Noile tehnici de evaluare permit identificarea unor probleme mai subtile, ceea ce duce la o mai mare precizie, dar și la necesitatea unor metode terapeutice mai sofisticate (American Speech-Language-Hearing Association, 2023, Shankar, Bundele, Mukhopadhyay, 2025).

Se constată că toți acești factori mai sus enumerați contribuie la creșterea numărului cazurilor patologice severe și complexe, prin urmare, tehnicile de abordare diagnostică și de intervenție logopedică au cunoscut o extindere și o dezvoltare semnificativă. Dacă în trecut, cel puțin raportat la situația țării noastre, logopedia se practica cu recurență în mediul educațional și implica o gamă de resurse specifice acestuia, unde abordarea era mai degrabă unidimensionată, în contextul diversificării cazuisticii și creșterii complexității patologiilor, abordarea logopedică se dezvoltă cu tehnici și metode noi, bazate pe evidențe științifice de natură clinică.

În acest context, prin acest material, se va urmări exemplificarea direcțiilor logopedice specifice abordate în contextul unui sindrom rar, unde provocările pentru a facilita debutul limbajului și comunicării au fost multiple, dar abordările multidisciplinare au asigurat succes și reușite semnificative, care au condus la o bună incluziune educațională a copilului.

Dizabilitățile multiple

Acestea se referă la tablouri complexe de dizabilitate, care pot varia foarte mult în funcție de tipurile de disfuncții care se asociază. Dintre tipurile de dizabilități multiple se pot enumera: dizabilitățile care implică afectări motorii/fizice, dizabilitățile care implică tulburări emoționale și comportamentale și dizabilitățile care implică deficite la nivel senzorial auditiv și vizual cu precădere. Aceste tipuri de dizabilități multiple atrag următoarele manifestări simptomatologice în mod frecvent: deficite în planul funcționării vizuale și/sau auditive, tulburări de relaționare și abilități sociale deficitare, limitări în planul autonomiei personale, deficite de natură motorie fină și grosieră, izolare socială, comportamente auto și heteroagresive, dar mai ales tulburări și limitări în sfera abilităților lingvistice și de comunicare (Barron, 2022). Având în vedere complexitatea, extinderea, dar mai ales unicitatea combinațiilor care pot să apară în situația unei dizabilități multiple, specialiștii trebuie să își dezvolte abilități de abordare individualizată, atât printr-o evaluare dinamică, deschisă, cât și prin proiectarea unor planuri personalizate de lucru, care să fie ajustate, reconfigurate la intervale bine definite de timp sau oricând este nevoie. În acest sens menționăm procedura de evaluare bazată pe copil (child-based assesment) pe care Jan Van Dijk a studiat-o și a dezvoltat-o având în vedere copiii cu dizabilități multiple. Comapartiv cu evaluarea standardizată, acest tip de evaluare dinamică plasează copilul în centrul abordării și asigură posibilitatea de a extrage, de a urmări și de a facilita o cunoaștere profundă a tuturor potențialităților acestuia (Nelson, Janssen, Oster, Jayaraman G. (2010), Nelson, C., van Dijk, Oster, McDonnell, 2009). Fidelitatea unei astfel de evaluări, precum

și valoarea diagnostică sunt aspecte care pot fi aduse în discuție, dar urmarea unui protocol de lucru bine elaborat asigură un nivel crescut de acuratețe în culegerea de date relevante despre copilul cu dizabilități multiple. Pornind de la aceste aspecte considerăm extrem de important ca în terapia logopedică, în contextul dizabilităților multiple să se elaboreze și să se implementeze protocoale de evaluare care să permită atât o evaluare dinamică, flexibilă, cât și elaborarea unor programe de intervenție adaptabile nevoilor reale ale beneficiarilor. În cele de mai jos se va detalia un protocol de evaluare și direcțiile de intervenție în contextul unui tablou de dizabilitate multiplă complex așa cum este cel din cazul sindromului Poirier-Bienvenu.

Descrierea tabloului simptomatologic în contextul Sindromului Poirier-Bienvenu (POBINDS)

Sindromul Poirier-Bienvenu (POBINDS) este o tulburare neurologică rară cauzată de mutații în gena CSNK2B (Li, Gao, Cai, Liu, Wang, Huang, et al. 2019; Lippa, Mulhern, Ernst Florido, et al. 2024), care codifică subunitatea beta a enzimei casein kinază II, implicată în dezvoltarea neuronală și transmiterea sinaptică. Această afecțiune se caracterizează prin debut precoce al crizelor epileptice și un grad variabil de întârziere în dezvoltare și dizabilitate intelectuală (Bonanni, Baggio, Duma, Negrin, Danieli, Giorda 2021).

Semne și simptome:

- **Epilepsie:** Majoritatea persoanelor afectate prezintă crize epileptice care debutează în primii ani de viață, adesea în primele șase luni. Tipurile de crize pot fi focale sau generalizate.
- **Tulburări de dezvoltare:** tulburările de dezvoltare sunt prezente în contextul acestui sindrom atât la nivelul motor, cât și la nivelul limbajului.
- **Dizabilitate intelectuală:** Nivelul de afectare cognitivă variază de la ușoară la severă, influențând capacitatea de înțelegere și funcționare zilnică.

- **Alte manifestări:** Pot include tonus muscular scăzut (hipotonie), dificultăți de coordonare, trăsături faciale distincte (precum ochi îndepărtați sau nas aplatizat), anomalii dentare și statură mică.

POBINDS este o afecțiune genetică cu transmitere autosomal dominantă, ceea ce înseamnă că o singură copie a genei mutate poate provoca boala. În majoritatea cazurilor, mutațiile apar de novo, fără a fi moștenite de la părinți. Diagnosticul în contextul acestui sindrom se bazează pe evaluarea clinică și este confirmat prin teste genetice care identifică mutații în gena CSNK2B (Li, Gao, Cai, Liu, Wang, Huang, et al. 2019). Au fost identificate șase variante noi de CSNK2B care nu fuseseră raportate anterior. Au fost detectate și alte manifestări asociate, precum anomalie endocrină, anomalii vasculare și dismorfii, sugerând un spectru clinic mult mai larg (Li, Zhou, Tian, Chen, Wang, Hao, Zhang, Hui, 2024).

Chiar dacă nu s-a stabilit o corelație clară genotip-fenotip, studiul condus de Orsini et al. 2022 extinde considerabil spectrul clinic și genetic al POBINDS, evidențiind variabilitatea fenotipică și introducând noi mutații în repertoriul cunoscut.

Tratamentul este simptomatic și poate include medicație antiepileptică pentru controlul crizelor, precum și terapii de susținere pentru a aborda întârzierile în dezvoltare și alte simptome asociate.

Astfel, sindromul Poirier-Bienvenu (POBINDS) este un sindrom încadrat în categoria tulburărilor neurodevelopmentale caracterizat prin prezența crizelor epileptice cu manifestare timpurie, asociate cu tablouri variabile de dizabilitate intelectuală. Variabilitatea interindividuală în contextul acestui sindrom este crescută. Astfel, plaja de variabilitate se poate extinde între cele două extreme, în care crizele epileptice sunt necontrolabile, ceea ce conduce la un tablou patologic cu un grad de severitate crescut în sfera achizițiilor, mai ales a limbajului și situația în care crizele epileptice sunt controlabile medicamentos iar implicațiile manifestării neurologice sunt limitate în sfera limbajului sau în sferă psihomotorie (Li et al., 2019, Chen 2023).

Deoarece POBINDS este o afecțiune rară, cu mai puțin de 100 de cazuri raportate până în prezent, este esențială o abordare multidisciplinară și monitorizarea continuă pentru a optimiza calitatea vieții persoanelor afectate (Chen, Han, Li, Huang, Yuan and Qin, 2023).

Elemente specifice abordării logopedice în contextul sindromului Poirier-Bienvenu (POBINDS). Studiu de caz

Anamneza

E. C. este un băiat de 6 ani (n. 2015), în momentul primei evaluări, efectuată în octombrie 2020. A fost diagnosticat de timpuriu cu tulburare din spectrul autist. A fost supus unui număr mare de investigații medicale (investigații neurologice RMN, EEG ca urmare a faptului că a prezentat de timpuriu tablou epileptic), precum și de abordări terapeutice – terapie comportamentală, kinetoterapie, terapie asistată de animale, terapie bazată pe joc și terapie logopedică.

Date din evaluarea inițială

Evaluarea se bazează pe un interviu derulat cu părinții, cu unul dintre terapeuții comportamentali cu care lucra, analiza de înregistrări video cu filmulețe din timpul activităților derulate cu copilul, precum și scurte secvențe de interacțiune cu copilul prin intermediul platformei ZOOM. În urma demersului de evaluare se pot formula următoarele aspecte:

- E. denumește imagini, obiecte concrete, prin imitare, demonstrează recunoașterea lor. Pe scala inteligibilității vorbirii se situează la nivelul 2 (scala de la 1-5), cuvintele sunt inteligibile, dar, mai degrabă, pentru persoanele familiare cu vocea lui.

- Vorbește în șoaptă cu o voce stinsă și respirată, marcată și de un slab control al punerii în mișcare a corzilor vocale. Inflexiunile în voce sunt multiple, apar și blocaje articulatorii. Vocea pare că se produce cu efort, cel puțin cu un cost de intrare în sarcina articulatorie crescut. Uneori apare și o voce de cap, mai ales atunci când se autostimulează sau

semnalizează disconfortul. Se notează și o ușoară răgușeală, mai ales atunci când vocea e stinsă. Uneori articulează cuvintele și pe inspir. Prin urmare recomandăm utilizarea tehnicilor de antrenare a vocii.

- În plan respirator au fost identificate deficite în diferențierea inspir/ expir, tendința de vorbire pe inspir, slaba coordonare motorie, volum respirator redus și capacitate redusă de prelungire a sunetelor.

- Are câteva teme de interes: cifrele, literele, culorile, animalele, dar sunt recurente fixațiile sau cantonare pe aceste teme.

- Recunoaște litere și cifrele și le denumește prin imitație. Promptul verbal este absolut necesar în activarea emisiei verbale. Se poate utiliza tehnica facilitării prin sunetul inițial și silaba inițială, în vederea eliminării progresive a promptului verbal și dezvoltarea unor abilități de emitere spontană și independentă.

- Nu are limbaj spontan, independent și funcțional deși după model poate articula cuvinte simple fonologic, notăm un nivel crescut al tulburării de coordonare motorie.

- La nivelul dezvoltării globale se remarcă aspecte deficitare în plan comportamental. Prezintă stereotipiile specifice TSA. Se autostimulează, dar rămâne în sarcinile propuse, focalizează pe interlocutor dacă este motivat și direcționat spre sarcină, imită modelele articulatorii propuse și execută sarcini la comandă, ceea ce demonstrează un nivel receptiv al limbajului superior celui expresiv. Autostimulările sunt relaționate cu vocea înaltă și privirea fluctuantă.

- Raportat la Scala Integrată de dezvoltare (Anca, Hațegan, 2012), nivelul achizițiilor se prezintă astfel: 36 luni pe componenta de audiție, 30 luni limbaj receptiv, 24 luni limbaj expresiv, 34 luni vorbirea, 34 luni cogniția, 24 luni comunicarea (pe acest capitol componenta de relație socială este cea foarte afectată și atrage un nivel scăzut al vârstei de dezvoltare).

Diagnostic

- Tulburare de limbaj și comunicare în contextul diagnosticului.

Recomandări în plan logopedic:

1. Dezvoltarea abilităților articulatorii și formarea unor deprinderi de articulare și coarticulare pe material lingvistic dintr-o gamă semantică extinsă.
2. Antrenarea abilităților motorii fine și respiratorii.
3. Dezvoltarea abilităților de procesare auditivă și diferențiere a sunetelor.
4. Structurarea sintagmei și a propoziției.
5. Modelarea și antrenarea abilităților vocale.
6. Dezvoltarea abilităților comunicaționale.

Pe baza datelor colectate în urma primei evaluări s-a implementat un program de intervenție logopedică derulat zilnic, 1 oră, în mediul natural al copilului, programul era implementat de psihopedagogul cu care copilul era familiarizat și cu care deja lucra și terapie comportamentală. Coordonarea programului era asigurată prin ședințe săptămânale, precum și discuții ori de câte ori era nevoie, pornind de la dificultățile întâmpinate în procesul terapeutic sau pe baza analizei secvențelor de terapie înregistrate.

Evaluare de progres

Evaluarea urmărește determinarea progreselor făcute de E. C în urma implementării demersului de terapie a limbajului propus, în urmă cu 6 luni (05.04.2021)

Se investigează:

- Nivelul structurării preachizițiilor limbajului,
- Nivelul dezvoltării limbajului oral în perspectivă structuralist-integrată (latura fonetico-fonologică, morfologică, lexicală și pragmatică) (Bodea Hațegan, 2011);
- Nivelul preachizițiilor pentru școală (scris-citit).

Se vor delimita și direcțiile de lucru în intervalul următor de 3 luni:

I. Schemă corporală

La nivel receptiv (indică părțile corpului)	**La nivel expresiv (le rostește)**
Cap	Cap
Mâini	Mâini
Picioare	Picioare
Ochi	Ochi
Nas	Nas
Urechi	Urechi
Altele: gât, păr, obraji, cot, genunchi, frunte	Altele: gât, frunte, păr

La acest capitol E.C. obține rezultate bune. Nu sunt dificultăți. Se urmărește în continuare să indice și denumească părți ale corpului mai specifice (buze, dinți, palme), introducerea noțiunii de „corp/trunchi" și indicarea pe o altă persoană a tuturor părților corpului.

II. Lateralitate

La nivel receptiv (indică părțile corpului pe propria persoană)	**La nivel expresiv (le rostește)**
Ochiul drept	Ochiul drept
Ochiul stâng	Ochiul stâng
Mâna dreaptă	Mâna dreaptă
Mâna stângă	Mâna stângă
Piciorul drept	Piciorul drept
Piciorul stâng	Piciorul stâng
Urechea dreaptă	Urechea dreaptă
Urechea stângă	Urechea stângă

Execută mișcări date: ridică mâna stângă și du-o la ochiul drept. La capitolul lateralitate sunt mici ezitări, dar se lucrează în vederea fixării achizițiilor. Se urmărește indicarea părților corpului pe un hemicorp sau o altă persoană. (Care e mâna mea dreaptă?)

III. Orientare în spațiu

La nivel receptiv (arată)	**La nivel expresiv (le rostește)**
Sus	Sus
Jos	Jos
În față	În față
În spate	În spate
În stânga	În stânga
În dreapta	În dreapta
În	În
Pe	Pe
Sub	Sub
Lângă	Lângă
Aici	Aici
Acolo	Acolo
Deasupra	Deasupra
Dedesubt	Dedesubt

Execută și mișcări la cerere: pune caietul pe masa și stai pe scaun. Și la acest capitol E. a obținut bune progrese în aceste 6 luni, acum se lucrează pe secvențierea mișcărilor, în vederea fluidizării mișcărilor și creșterii vitezei de execuție. Recent au fost introduse noțiunile de „aici și acolo", se lucrează în vederea însușirii, fixării lor. Urmează introducerea noțiunilor „deasupra și dedesubt".

IV. Orientare în timp

La nivel receptiv (arată)	**La nivel expresiv (le rostește)**
Azi/Acum	Azi
Mâine/În viitor	Mâine
Ieri/În trecut	Ieri
Zilele săptămânii	Zilele săptămânii
Lunile anului	Lunile anului
Anotimpuri	Anotimpuri
Ora/ceas	Ora/ceas

Acest capitol este tatonat, pe teme precum: anotimpul, zilele săptămânii. Se va viza în programele de lucru viitoare mai țintit.

V. Conștiința fonologică

La nivel receptiv (indică)	**La nivel expresiv (le rostește)**
Primul sunet din silabă	Primul sunet din silabă
Primul sunet din cuvânt	Primul sunet din cuvânt
Ultimul sunet din silabă	Ultimul sunet din silabă
Ultimul sunet din cuvânt	Ultimul sunet din cuvânt
Structuri ritmate	Structuri ritmate
Indică numărul silabelor dintr-un cuvânt	Segmentează cuvinte în silabe
Asociază cuvântul scris cu imaginea corespunzătoare	Scrie cuvinte după dictare

Poate indica sau rosti primul sunet din silabă sau cuvânt. Se introduce indicarea ultimului sunet din silabă sau cuvânt. Segmentarea sunetelor și silabelor, precum și structurile ritmate (pa-ta-ka) sunt lucrate cu precădere, rezultatele obținute fiind foarte bune. Se tatonează indicarea numărului silabelor dintr-un cuvânt în activitățile viitoare. Nu s-a lucrat și încă nu se lucrează neapărat asocierea cuvânt scris-imagine, s-a țintit indirect, mergându-se în direcția unei abordări semi-globale a deprinderilor instrumentale.

VI. Procesările auditive

La nivel receptiv (indică)	La nivel expresiv (le rostește)
Asociază sunetul cu animalul/ obiectul care îl produce	Reproducere după model onomatopee/sunete din natură

Este un capitol bine abordat, cu progrese clare, au fost introduse și instrumentele muzicale.

VII. Respirație

Respirație verbală	În curs de dezvoltare
Respirație non-verbală	În curs de dezvoltare
Prelungirea expirului	În curs de dezvoltare- TMF de aproximativ 5 s. (Bodea Hațegan, 2016, Bodea Hațegan, Talaș, Trifu, 2023).
Diferențiere inspir-expir	În curs de formare
Diferențiere respirație prin cavitatea nazală vs prin cavitatea bucală	În curs de formare

Capitolul respirație este un capitol foarte intens antrenat. Datorită dezvoltării abilităților respiratorii s-au îmbunătățit semnificativ abilitățile de pronunție. Se continuă antrenarea respirației prin tehnici logopedice clasice, prin tehnica Lax Vox (Silva, Antonetti, Ribeiro, Ramos, Brasolotto, Silverio, 2022, Refaee, Baraka, El-Beblawi, 2025) și cu ajutorul Breath Builder (Bodea Hațegan, Talaș, Trifu, 2023).

VIII. Motricitate oro-facială

Motricitatea orofacială	În curs de antrenare
Motricitatea grosieră/globală	Ne bazăm și pe intervenția kinetoterapeutică
Motricitatea de la nivelul degetelor și mânii (pt. scris-citit)	În curs de antrenare, va fi vizată în etapele viitoare ale demersului terapeutic.

Capitolul motricitate oro-facială este un capitol direct țintit și foarte intens antrenat. Se lucrează zilnic utilizându-se exercițiile de mio-gimnastică și masaj oro-facial. Datorită dezvoltării abilităților musculare și coordonării motorii din ce în ce mai bună s-au îmbunătățit semnificativ abilitățile de pronunție și a crescut nivelul de inteligibilitate a pronunției (pe scala SIR, nivelul de inteligibilitate al pronunției era apreciat cu 2, adică erau inteligibile doar anumite cuvinte pentru persoanele nefamiliarizate cu vorbirea copilului, în timp ce în acest moment apreciem nivelul de inteligibilitate cu ¾, ceea ce indică un nivel mediu de

receptare a mesajului transmis). Se continuă antrenarea abilităților motorii oro-faciale și prin masaj cu Z-Vibe/Buzz-Buddy/Sensi de la Talk Tools și prin exercițiile clasice din terapia logopedică (exercițiile de imitație a mișcărilor de la nivelul grupelor musculare oro-faciale). Se recurge și la tehnici din domeniul mobilizării oro-faciale (masaj pe puncte de presiune, masaj pentru articulația temporo-mandibulară).

IX. Atenție

Sortează după un criteriu	În curs de dezvoltare
Timpul de rămânere în sarcină	În progres- are încă nevoie de promptare și secvențiere bine determinată a sarcinilor

Activitățile de sortare după un criteriu sunt din ce în ce mai corect realizate. Spamul atențional este tot mai bun, poate rămâne mai mult timp în sarcină (timpul maxim 27 min), nu mai solicită atât de multe pauze. Poate focaliza pe detalii și s-au redus semnificativ autostimulările în secvențele de terapie logopedică. Se recomandă încercarea de a utiliza și PHONE SOLO WHISPER sau casca Forrbrain (Escera, López-Caballero, Gorina-Careta, 2018).). Are o sensibilitate auditivă și este distras de stimulii auditivi, se încearcă creșterea pragului auditiv și reducerea sensibilității auditive.

X. Memoria

Memoria vizuală/ general	În curs de dezvoltare
Memoria verbală/ a cuvintelor	În curs de dezvoltare
Memoria de lucru (spune ce lipsește dintr-o secvență tocmai vizualizată)	În curs de dezvoltare

În plan mnezic se fac, de asemenea progrese, are dificultăți în sarcinile de memorie de lucru, pe componenta executivă, aceea de a-și proteja informația țintă de stimulii distractori. Recomandăm exerciții diverse de antrenarea memoriei, aspect foarte important pentru dezvoltarea globală, nu doar a limbajului.

XI. Procesare cognitivă

Sub aspect logopedic, acest capitol se vizează cu scopul creșterii comprehensiunii verbale.

- Întrebări la care poate răspunde, unde demonstrează bună înțelegere verbală: Ce? Cum ? Cine ? Ce face ?
- Introducem întrebările De unde? Când? Unde? Cu Cine? De ce? Cu Ce?

Întrebările sunt introduse recent în demersul terapeutic, mai mult legate de utilizarea formelor pronominale și sunt contextualizate în situații concrete de viață pentru a viza și antrenarea naturală a conversației. Se lucrează cu întrebări pentru antrenarea abilităților conversaționale. De asemenea, acest capitol este vizat și în activitățile de povestire a secvențelor lecturate împreună.

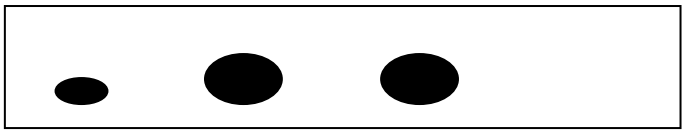
XII. Structuri senzorio-perceptive

Culoare	În progres
Formă	În progres
Mărime	În progres
Textură	În progres
Alte contrarii: cald/frig, rece/cald, curat/murdar	În progres

La nivelul structurilor senzorio-perceptiv s-au obținut progrese semnificative atât în ceea ce privește identificarea noțiunilor, cât și în utilizarea acestora în viața de zi cu zi. Se vizează în continuare acest capitol.

XIII. Ritm și secvențiere

Este un capitol pe care îl vom avea în vedere mai mult în perioada următoare. S-a început cu antrenarea ritmului și secvențierii pe structuri de tip Diadokokinesis (Bodea Hațegan, Talaș, Trifu, 2023; Kent, et al. 2022), unde E. C. lucrează foarte bine. Propunem aceste structuri ritmice mai ales pentru a modela pronunția și vocea. Dar desigur că prin ilustrarea cu buline a cuvintelor se poate lucra și conceptul de silaba și totodată se pot antrena literele și scrierea.



B

B

B

B

B

B

B

Fig. 1. ***Structuri ritmice ilustrate***

LIMBAJUL ORAL

La nivel fonetico-fonologic:

Dincolo de nivelul de preachiziții, în aceste 6 luni de activitate cu E. C. s-au înregistrat multe progrese pe nivelul fonetico-fonologic al limbajului:

- ✓ Are abilități articulatorii bune, nu mai omite atât de frecvent părți din cuvinte și toate sunetele, cu excepția lui R care mai trebuie lucrat, sunt corect pronunțate, cel puțin izolat.
- ✓ La nivel de cuvânt, sunetele ș, j, ț, ce/ci, s, z, grupurile consonantice pl, gl, pt mai trebuie antrenate.
- ✓ Sunetul R este și el monovibrant uneori, ceea ce înseamnă că mai ales în combinațiile cu E poate fi potențat: RECE, RECHIN, PERE, CERE etc.
- ✓ Se vizează în perioada următoare introducerea mai pregnantă a grupurilor consonantice în demersul terapeutic.
- ✓ Tranșa sonoră e stabilă, poate pronunța cuvinte lungi.

- ✓ Vocea e mult îmbunătățită, fundamentala vocii se reglează din ce în ce mai mult, deși mai apare tendința de înălțare a vocii, mai ales atunci când protestează sau se autostimulează.
- ✓ Imitația verbală e foarte bună, apar multe cuvinte spontan.
- ✓ Fonologicul este abordat și prin micile poezioare cu rimă, pe care le reține foarte bine.
- ✓ T50 se utilizează în continuare, așa cum se utilizează acum, cu liste mereu schimbate de material verbal. Sunt introduse cuvinte mai lungi și cu conținuturi abstracte ca să se facă trecerea din capacitatea articulatorie, spre cunoașterea sensului cuvintelor.
- ✓ Se va lucra respirația și antrenarea motorie în continuare pentru a crește nivelul inteligibilității vorbirii.

Inventarul sunetelor limbii române și nivelul abilităților articulatorii e mai jos ilustrat, după modelul fișei de evaluare a sunetelor izolate din Bodea Hațegan, (2016).

Tabel 1. ***Evaluarea pronunției sunetelor izolate pentru E.C.***

Sunetul/ Fonemul	**Pronunție corectă**	**Distorsionat**	**Înlocuit cu**	**Omis/ Nearticulat**
A	DA			
O	DA			
U	DA			
Ă	DA			
E	DA			
Î	DA			
I	DA	Uneori înalță vocea prea mult		
B	DA			
P	DA			
M	DA			
D	DA			
T	DA			
N	DA			
L	DA	Uneori există tendința de interdentalizare		

Sunetul/ Fonemul	**Pronunție corectă**	**Distorsionat**	**Înlocuit cu**	**Omis/ Nearticulat**
V		Uneori – În proces de consolidare		
F		Uneori – În proces de consolidare		
G	DA			
C	DA			
Ğ		Uneori – În proces de consolidare		
Č		Uneori – În proces de consolidare		
Z		Uneori – Tendință de interdentalizare		
S		Tendință de interdentalizare		
J		Ușoară parazitare a spectrului datorită protuziei limbii		
Ș		Ușoară parazitare a spectrului datorită protuziei limbii		
Ț		Ușoară parazitare a spectrului datorită protuziei limbii		
H				Uneori – se lucrează pe creșterea volumului respirator

Sunetul/ Fonemul	**Pronunție corectă**	**Distorsionat**	**Înlocuit cu**	**Omis/ Nearticulat**
R		Apare uneori un sunet R monovibrant, este în curs de emitere corectă acest fonem.	De cele mai multe ori este înlocuit cu L	
Total sunete 27	16 sunete corecte	10 sunete distorsionate	Substituțiile nu sunt con-secvente, se reduc mai degrabă la contextul coarticulator.	1 omis

La nivel morfologic:

Lucrul pe morfologic a fost inițiat prin introducerea PEAMLR-Proba de receptare a categoriilor gramaticale în limba română (Bodea Hațegan, 2014, 2021), se lucrează pe cele 20 blocuri morfologice vizate de probă. Se lucrează mai întâi pe nivelul receptiv gramatical, apoi se antrenează și componenta expresivă. Pe lângă componenta gramaticală vizată, se urmărește dezvoltarea abilităților de înțelegere verbală. La nivel de PEAMLR a înregistrat semnificative progrese. Componenta gramaticală cea mai vulnerabilă, la care se lucrează acum este cea a categoriei pronumelui personal.

La nivel semantic:

- Se urmărește creșterea volumului vocabularului activ, dar și pasiv.
- Se vizează intensificarea abilităților articulatorii spontane.
- Vom introduce monitorizarea vocabularului pe piramida vocabularului.

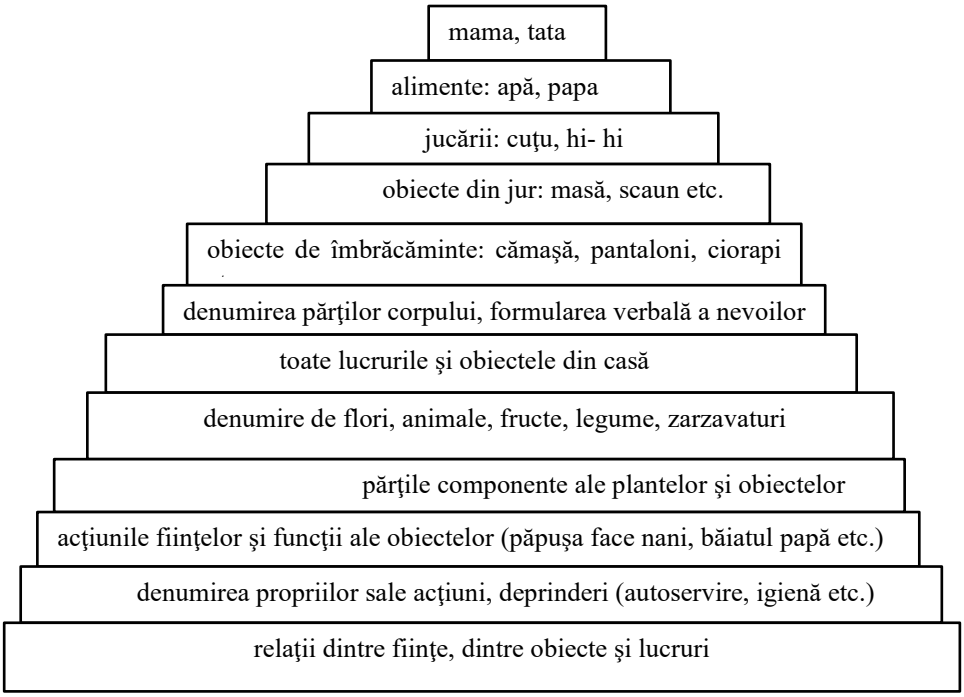


Fig. 2. ***Piramida Limbajului conform Păunescu, 1976 (Bodea Hațegan 2011)***

Propoziția

S-a depășit stadiul cuvântului, s-a configurat sintagma și propoziția și acum se urmărește creșterea abilităților conversaționale. ***Trecerea din planul cuvântului, în cel propozițional și apariția sintagmelor spontane, autonome este cel mai mare câștig al demersului terapeutic implementat.***

Limbaj scris-citit și calcul matematic

Se lucrează pe tablă, copiere după model, execuție a literelor cu degetul în aer pentru intuirea formei și pregătirea nivelului de școlaritate. Recunoaște toate literele, citește chiar cuvinte scurte, la nivel subsilabic. Recunoaște numele 0-10 și le scrie la cerere, cu ajutor. Pe această componentă se lucrează în continuare.

NIVELUL GLOBAL DE DEZVOLTARE

Urmărind Scala Integrată de Dezvoltare (Anca, Hațegan, 2012) se înregistrează următoarele progrese: Audiție – 42 luni, Limbaj receptiv – 40 luni, Limbaj expresiv – 38 luni, Vorbire – 43 luni, Cognitiv – 38 luni, Comunicare socială – 38 luni, NIVEL GENERAL: 40 luni

Pornind de la aceste rezultate s-au stabilit direcțiile de lucru viitoare:

1. Se vizează creșterea inteligibilității pronunției, la nivel fonologic.
2. Se urmărește configurarea gramaticalului pentru a ajunge să răspundă corect la minim 64 itemi din cei cuprinși în proba PEAMLR.
3. Se țintește asupra creșterii volumului vocabularului și a capacității de înțelegere verbală.
4. Se urmărește creșterea autonomiei în exprimarea propozițională și contextualizarea actului conversațional pe parametrii pragmatici (timp, loc, persoană).

Evaluare la intrarea în clasa pregătitoare, septembrie 2023

Evaluare acum în clasa I

Acum în clasa I, E.C. are o evoluție școlară satisfăcătoare, este, în continuare, integrat în învățământul de masă, cu însoțitor. Părinții declară că acesta are o adaptare foarte bună la școală, are prieteni cu care interacționează și face față cerințelor educaționale minimale. E. C. recunoaște literele, scrie după dictare cuvinte scurte, chiar și propoziții mai scurte atâta timp cât i se repetă de mai multe ori sarcina, numără în concentrul 1-100, asociază cantitatea cu numărul, are bune abilități de calcul matematic simplu, bazat pe material concret. Cele mai mari dificultăți le întâmpină legat de aspectul comportamental. Prezintă, în continuare, deficite în ceea ce privește autoreglarea. Notăm prezența stereotipiilor și a manifestărilor comportamentale indezirabile (de ex. merge pe vârfuri, flutură mâinile, pune multe întrebări repetitive, repeta anumite cuvinte, se ridică, aprinde lumina, deschide ușa). Prin aceste comportamente atrage atenția asupra sa și indică un nivel crescut de stres

situațional. Deficitul comportamental se accentuează în contextul caracterizat de elemente de noutate, de numărul crescut al solicitărilor, de volumul mare de stimuli din jur, de un mediu mai puțin predictibil și structurat, precum și în contextul în care este foarte obosit. În planul dezvoltării, motorii a realizat progresele cele mai semnificative. Se posturează mult mai adecvat, ceea ce are un impact crescut atât asupra sarcinilor cu componentă motorie, cât și asupra inteligibilității limbajului.

Evaluarea lui E.C. acum în clasa întâi s-a realizat cu ajutorul protocolului de screening pentru preșcolari (Bodea Hațegan, Talaș, Trifu, 2024, 2025) și s-au obținut următoarele rezultate:

ITEM 1: Evaluarea preachizițiilor (max. 110 puncte)

Subitem	Punctaj Max.	Obținut
Date personale (nume, prenume, vârstă etc.)	**5**	**3** ***(nume mic, fără nume de familie)***
Denumește părți ale corpului	**10**	**10**
Imitații motricii grosiere	**5**	**4**
Denumește culorile	**10**	**10**
Denumește animale la cerere	**5**	**4**
Denumește fructe la cerere	**5**	**4**
Denumește legume la cerere	**5**	**4**
Identifică forme geometrice	**5**	**5**

Denumește anotimpurile și indică în ce anotimp ne aflăm	**5**	**0** ❌
Numără de la 1 la 10	**10**	**10**
Potrivește cantitatea cu cifra	**5**	**5**
Execută sarcini la cerere	**5**	**3**
Identifică simboluri (cifre, litere)	**5**	**5**
Denumește zilele săptămânii	**5**	**0** ❌
Poziții spațiale	**10**	**10**
Lateralitate	**5**	**5**
Obiecte familiare	**5**	**5**
TOTAL ITEM 1	**110**	**87**

ITEM 2: Limbaj expresiv și preachiziții (max. 35 puncte)

Subitem	Max.	Obținut
Limbaj expresiv	**5**	**4**
Inteligibilitatea vorbirii	**5**	**5**
Pronunția	**5**	**5**

Procesare fonologică	**5**	**3**
Respirație	**5**	**4**
Motricitate aparat articulator	**5**	**4**
Integritate aparat fonoarticulator	**5**	**3**
TOTAL ITEM 2	**35**	**28**

ITEM 3: Limbaj receptiv și înțelegere verbală (max. 15 puncte)

Subitem	Max.	Obținut
Înțelegere cuvinte familiare	**3**	**3**
Îndeplinire sarcini simple	**3**	**3**
Îndeplinire sarcini secvențiate	**3**	**1**
Exprimă judecăți	**3**	**1**
Nivel cogniție generală	**3**	**2**
TOTAL ITEM 3	**15**	**10**

ITEM 4: Motricitate fină (max. 30 puncte)

La acest capitol pierde puncte pentru că prezintă o pensă digitală necorespunzătoare.

Subitem	Max.	Obținut
Pune inele pe tijă	**5**	**5**
Construcție turn cuburi	**10**	**8**
Face un puzzle	**10**	**8**
Copiază forme	**5**	**3**
TOTAL ITEM 4	**30**	**24**

SCOR FINAL

Categorie	Scor obținut	Max. Scor
ITEM 1	**87**	**110**
ITEM 2	**28**	**35**
ITEM 3	**10**	**15**
ITEM 4	**24**	**30**
TOTAL	**149**	**190**

Scorul copilului este de 149 puncte, ceea ce este peste pragul de 100, deci nu impune evaluări suplimentare în acest moment. Se recomandă monitorizarea dezvoltării în etapele următoare. E.C. are un nivel bun de preachiziții, ceea ce îi permite formarea de abilități de scris-citit și calcul matematic. În acest moment formulăm următoarele obiective terapeutice de avut în vedere:

1. Formarea și consolidarea abilităților de scris-citit

Obiective specifice:

- Dezvoltarea conștiinței fonologice prin exerciții de segmentare, omisiune și substituție de sunete în cuvinte.
- Recunoașterea literelor alfabetului și a corespondentului lor sonor.
- Corectarea orientării spațiale a literelor (ex: evitarea confuziilor b/d, p/q).
- Exersarea trasării literelor pe contur, apoi în spațiu liber, cu respectarea direcției și proporțiilor.
- Citirea cuvintelor scurte (CVC, CCVC) cu sprijin vizual inițial, apoi independent.
- Înțelegerea globală a propozițiilor simple citite cu voce tare.

2. Antrenarea abilităților de calcul matematic de bază

Obiective specifice:

- Numărare ascendentă și descendentă în intervalul 0–100.
- Asocierea cantitate-cifră.
- Compararea numerelor folosind semnele <, >, =.
- Rezolvarea de adunări și scăderi simple cu suport vizual (0–100).
- Identificarea succesiunilor logice și a pattern-urilor numerice.
- Introducerea noțiunilor de ordine (primul, al doilea, ultimul).

3. Dezvoltarea motricității fine și a abilităților grafomotorii

Obiective specifice:

- Formarea unei pense digitale corecte.
- Exersarea coordonării oculo-motorii prin trasare, unire de puncte, labirinturi.

- Încadrarea în spațiul grafic prin exersarea scrierii între linii și în chenar.
- Exerciții de colorat fără a depăși conturul.
- Întărirea musculaturii fine (decupare, modelare plastilină etc.).

4. Antrenarea memoriei de lucru verbale

Obiective specifice:

- Repetarea seriilor de cuvinte (ex. 3–5 cuvinte) și propoziții scurte.
- Exerciții de reținere și redare a unor instrucțiuni în 2–3 pași.
- Activități de completare a propozițiilor după model.
  Jocuri de tip „Ce lipsește?", „Ce s-a schimbat?" aplicate pe cuvinte și propoziții.

5. Modelarea comportamentului și reducerea stereotipiilor

Obiective specifice:

- Identificarea și diminuarea comportamentelor stereotipe prin înlocuire cu conduite funcționale.
- Aplicarea strategiilor de tip ABA (Applied Behavior Analysis) pentru consolidarea comportamentului adecvat.
- Stabilirea unui sistem de recompense (token economy) pentru menținerea atenției și respectarea sarcinii.
- Exersarea autoreglării emoționale prin tehnici de respirație, pauze structurate, activități senzoriale.

6. Creșterea timpului de menținere în sarcină

Obiective specifice:

- Creșterea treptată a duratei de lucru individual structurat (ex: +2 minute/săptămână).
- Alternarea activităților statice cu cele dinamice pentru reducerea evadării din sarcină.
- Introducerea vizuală a „timpului de lucru" (ex: timer vizual, clepsidră).
- Consolidarea rutinei de lucru prin structuri clare: „încep – lucrez – termin – recompensă".

Alte recomandări de intervenție:

- Antrenarea preachizițiilor deficitare, cele ce țin de domeniul orientării și secvențierii temporale.
- Colaborare interdisciplinară: logoped, psihopedagog, terapeut comportamental, însoțitor, învățătoare, părinți.
- Introducerea terapiei cu laser de tip QRI-Quantum Reflex Integration care ar asigura flexibilizarea copilului și îmbunătățirea abilităților motorii ale acestuia, creând premisele necesare în vederea formării abilităților de autoreglare.
- Implicarea familiei în generalizarea strategiilor comportamentale acasă.
- Utilizarea instrumentelor vizuale (pictograme, agende vizuale) pentru susținerea autonomiei.

Concluzii

Abordarea terapeutică logopedică în contextul dizabilităților multiple trebuie să fie una flexibilă, ghidată de specificul și nevoile copilului. Instrumentele de evaluare în aceste contexte diagnostice complexe, rare și uneori, chiar irepetabile nu poate fi standardizată, este important însă ca evaluarea, iar apoi intervenția terapeutică să se realizeze pe baza unor protocoale de lucru, protocoale care să asigure tocmai culegerea tuturor datelor relevante și apoi identificarea strategiilor pertinente de lucru.

Prin acest material am încercat să facilităm prezentarea unui protocol de lucru flexibil, dinamic, deschis, în contextul unui caz care prezintă un sindrom rar, un sindrom a cărui fenotip cunoaște materializări și extinderi multiple de manifestare, care încă este studiat, dar care, printr-o abordare în echipă, pe protocoale clare și bine configurate a ajuns să înregistreze progrese și chiar reușite semnificative.

Mențiune: Mulțumesc părinților lui E.C. pentru încrederea acordată, precum și echipei de terapeuți care a lucrat cu acesta și care au contribuit la culegerea datelor despre evoluția lui.

Bibliografie

1. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2023). *Spoken Language Disorders – Dynamic Assessment*. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/spoken-language-disorders.
2. Anca, M.; Bodea Hațegan, C. (2012)(coord. echipa de traducere). Scala Integrată de dezvoltare, Cochlear AG Press, CH-4052 Basel, Switzerland.
3. Baron, A. (2022). Multiple disabilities: Characteristics, prevalence & causes. Study.com. Retrieved from https://study.com/learn/lesson/multiple-disabilities-characteristics-prevalance-causes.html
4. Bodea Hațegan C., Talaș, D., Trifu, R. (2024) (a). Terapia tulburărilor de limbaj la copiii cu tulburare din spectrul autist. Aspecte și considerații praxiologice în Gherguț, A., Roșan A. (coord.) (2024). Terapii și intervenții psihopedagogice la persoane cu cerințe speciale, Editura Polirom/Iași, p. 93-113.
5. Bodea Hațegan C., Talaș, D., Trifu, R. (2024) (b). Direcții de utilizare a tehnologiilor în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare. Aplicații în sfera evaluării, intervenției și monitorizării în Gherguț, A., Roșan A. (coord.) (2024). Terapii și intervenții psihopedagogice la persoane cu cerințe speciale, Editura Polirom/Iași, p. 627-646.
6. Bodea Hațegan, C, Talaș, D., Trifu, R. (2024). Protocolul de screening a limbajului pentru preșcolari. Cluj-Napoca: Editura ASTTLR.
7. Bodea Hațegan, C, Talaș, D., Trifu, R. (2025). Simpozionul Național Echitate pentru Diversitate, Starea de bine în școală, Strategii de intervenție pentru un climat Educațional prietenos, Protocolul de screening a limbajului pentru preșcolari. Date preliminare, CSEI Nr 1, Ploiești, 5 iunie, 2025.
8. Bodea Hațegan, C. (2011). Abordări structuralist-integrate în terapia tulburărilor de limbaj și comunicare, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, p. 217 (indexat https://www.worldcat.org), ISBN: 978-973-585-259-4.
9. Bodea Hațegan, C. (2014). Probă de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice, E-book, Editura Argonaut, Cluj-Napoca, p. 298, ISBN: 978-973-109-505-9.
10. Bodea Hațegan, C. (2016). Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj- Structuri deschise, București: Editura Trei, p. 634, ISBN: 978-606-719-722-8.
11. Bodea Hațegan, C. (2021). Probă de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice, ediție revăzută, Ediția a II-a, E-book online, Editura ASTTLR, ISBN: 978-606-95297-2-0, https://www.edituraasttlr.ro/product-page/proba-de-evaluare-a-abilit%C4%83%C8%9Bilor-morfolofice-%C3%AEn-limba-rom%C3%A2n%C4%83
12. Bodea Hațegan, C., Talaș, D., Trifu, R. (2023). Logopedia. Abordări moderne în terapia limbajului-modele de evaluare și direcții de intervenție, Cluj-Npoca: Editura ASTTLR/Risoprint.

13. Bonanni, P., Baggio, M., Duma, G.M., Negrin, S., Danieli, A., Giorda, R. (2021). Developmental and epilepsy spectrum of Poirier-Bienvenu neurodevelopmental syndrome: Description of a new case study and review of the available literature. Seizure;93:133–139. doi: 10.1016/j.seizure.2021.10.019.

14. Bourin M. (2025). Language Disorders in People with Profound Intellectual and Multiple Disabilities. Arch Psychiatry. 2025;3(1):30-34.

15. Chen, X., Han, Y., Li, X., Huang, S., Yuan, H. and Qin, Y. (2023). Case report: Two cases of Poirier-Bienvenu neurodevelopmental syndrome and review of literature. Front. Pediatr. 11:967701. doi: 10.3389/fped.2023.967701.

16. Cokluk, G. F., & Butur, M. Y. C. (2025). Language Disorders across the Lifespan: From Childhood to Adulthood. *Open Journal of Social Sciences*, **13**, 190-201. doi: 10.4236/jss.2025.132013.

17. Crosbie, S., Holm, A., Dodd, B.C. (2005). Intervention for children with severe speech disorder: a comparison of two approaches. Int J Lang Commun Disord. 2005;40:467–491. doi: 10.1080/13682820500126049.

18. Escera, C., López-Caballero, F., & Gorina-Careta, N. (2018). The Potential Effect of Forbrain as an Altered Auditory Feedback Device. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 61(4), 801–810. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-17-0072

19. Kent, R. D., et al. (2022). *Oral and laryngeal diadochokinesis across the life span:* A Scoping Review of Methods, Reference Data, and Clinical Applications, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, Volume 65, Number 2, Pages 574-623, https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00396

20. Kohzuki M. (2024). Multimorbidity and Multiple Disabilities: Present Status and the Roles of Rehabilitation. *Journal of clinical medicine*, *13*(21), 6351. https://doi.org/10.3390/jcm13216351

21. Law, J., Dennis, J. A., & Charlton, J. J. V. (2017). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(1), CD012490. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012490

22. Li, J., Gao, K., Cai, S., Liu, Y., Wang, Y., Huang, S., et al. (2019). Germline de novo variants in CSNK2B in Chinese patients with epilepsy. *Sci Rep*. (2019) 9(1):17909. doi: 10.1038/s41598-019-53484-9

23.Li, D., Zhou, B., Tian, X., Chen, X., Wang, Y., Hao, S., Zhang, C.,& Hui, L. (2024). Genetic analysis and literature review of a Poirier–Bienvenu neurodevelopmental syndrome family line caused by a de novo frameshift variant in *CSNK2B*. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 12, e2327. https://doi.org/10.1002/mgg3.2327

25. Lippa N, Mulhern M, Ernst Florido M, et al. (2024). CSNK2B-Related Neurodevelopmental Disorder. 2024 Sep 5. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa

GM, et al., editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2025. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606532/

25. Nelson, C., Janssen, M., Oster T. & Jayaraman G. (2010) *Reliabiltiy and Fidelity of the van Dijk assessment for Children with Deafblindness*.
26. Nelson, C., van Dijk, J., Oster, T., McDonnell, A. Child-guided Strategies: The van Dijk Apprach to Assessment, American Printing House for the Blind, Inc. 2009.
27. Neumann, K., Kauschke, C., Fox-Boyer, A., Lüke, C., Sallat, S., & Kiese-Himmel, C. (2024). Clinical practice guideline: Interventions for Developmental Language Delay and Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, *121*(5), 155–162. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0004
28. Orsini, A., Santangelo, A., Bravin, F., Bonuccelli, A., Peroni, D., Battini, R., Foiadelli, T., Bertini, V., Valetto, A., Iacomino, M., Nigro, V., Torella, A. L., Scala, M., Capra, V., Vari, M. S., Fetta, A., Di Pisa, V., Montanari, F., Epifanio, R., Bonanni, P., … Cordelli, D. M. (2022). Expanding Phenotype of Poirier-Bienvenu Syndrome: New Evidence from an Italian Multicentrical Cohort of Patients. Genes, 13(2), 276. https://doi.org/10.3390/genes13020276
29. Refaee, M., Baraka, M., & El-Beblawi, E. (2025). *The Effectiveness of a Voice Program Based on LAX VOX to Reduce the Severity of Voice Disorders Among Children with Cerebral Palsy*. EKB Journal Management System, 2(3), 84-103.
30. Schiavon, M., Burton, B. K., Hemager, N., Greve, A. N., Spang, K. S., Ellersgaard, D., Plessen, K. J., Jepsen, J. R. M., Thorup, A. A. E., Werge, T., Nordentoft, M., & Nudel, R. (2025). Environmental and Genetic Influences on Developmental Outcomes Across the Domains of Language, Cognition, Motor Function, and Social Behavior. *The European journal of neuroscience*, *61*(12), e70163. https://doi.org/10.1111/ejn.70163
31. Shankar, R., Bundele, A., Mukhopadhyay, A. (2025). A Systematic Review of Natural Language Processing Techniques for Early Detection of Cognitive Impairment. Mayo Clin Proc Digit Health. 2025 Mar 5;3(2):100205. doi: 10.1016/j.mcpdig.2025.100205. PMID: 40568612; PMCID: PMC12190899.
32. Silva, R. L. F., Antonetti, A. E. d. S., Ribeiro, V. V., Ramos, A. C., Brasolotto, A. G., & Silverio, K. C. A. (2022). *Voiced High-Frequency Oscillation or Lax Vox Technique? Immediate Effects in Dysphonic Individuals*. Journal of Voice, 36(2), 290.e17–290.e24.
33. Tamas, D., Marcović, S., Milankov V. (2013). Systemic multimodal approach to speech therapy treatment in autistic children. Med Pregl. 2013;66:233–239. doi: 10.2298/mpns1306233t.
34. Wijngaarden, V., Wilde, H., Mink van der Molen, D., Petter, J., Stegeman, I., Gerrits, E., Smit, A. L., Boogaard, M. J. (2024). Genetic outcomes in children with developmental language disorder: a systematic review. Frontiers in Pediatrics. 12. 10.3389/fped.2024.1315229.

35. Zehnhoff-Dinnesen, A., Denk-Linnert, D. M., Hegazi, M., Keilmann, A., Kiese-Himmel, C., Neumann, K., Regele, S., Schönweiler, R., Seemanova, E. (2020). Basics of Developmental Disorders of Speech and Language. 10.1007/978-3-662-46780-0_9
36. https://www.arktherapeutic.com/z-vibes-all/
37. https://specialsupplies.com/products/special-supplies-buzz-buddy-oral-stimulation-toys-with-6-soft-textured-interchangeable-heads-calm-sensory-needs-support-speech-and-stimulate-self-feeding-gentle-vibrations
38. https://talktools.com/
39. https://whisperphone.com/products/whisperphone-solo
40. https://reflexintegration.net/

Facilitarea învățării pentru elevii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate prin intermediul resurselor educaționale accesibilizate/adaptate

Anca Silvia Corcheș

1. Perspective ale politicilor educaționale integrate

Așa cum remarca Dumitru Salade (1998), trăsăturile caracteristice ale societății contemporane imprimă note specifice componentelor sistemului social, între care educația, aliniind-o la dimensiunile epocii pe care o parcurgem. Mai mult chiar, educației îi revin funcții și responsabilități tot mai mari, fiind cea chemată să medieze adaptarea individului la noile realități socio-culturale. Educația a devenit, în zilele noastre, una dintre dimensiunile fundamentale ale societății contemporane, atât prin sfera ei, cât și prin varietatea conținutului.

Atât în planul dezvoltării profesionale, cât și în cel ce vizează viața socială în ansamblul ei, educația se conturează ca premisă și rezultat care condiționează atitudinea și conduita individului: „sensibilitatea pentru relațiile sociale, pentru civismul lor, pentru nota lor estetică, responsabilitatea pentru viața familială, interesul pentru activitatea productivă, preocuparea pentru autoperfecționarea profesională și grija pentru autorealizare, în general, sunt urmarea firească a educației primite" (Salade, 1998, p. 17).

Educația pentru schimbare, amplasată în centrul schimbării educației devine premisa principală a configurării unui sistem educativ compatibil

cu dinamica fenomenelor sociale, asigurând calitatea pregătirii indivizilor pentru societatea prezentă și viitoare (Antonesei, 1996).

Alinierea României la ideologiile și politicile europene, implicit a celor care vizează educația, au impus modificări de amploare la nivelul politicilor educaționale naționale promovate. Integrarea, cu toate implicațiile și modificările pe care le impune pe planul politicilor educaționale, reprezintă vectorul principal care orientează activitatea în domeniul educației în general, și al educației speciale în mod particular.

Educația incluzivă și integrată s-au impus nu doar ca alternative educaționale moderne, ci au devenit o realitate a sistemului educațional românesc. Integrarea se bazează pe egalitatea de șanse pentru toți membrii unei societăți/comunități. Aceasta implică în primul rând acordarea și facilitarea șansei de participare a persoanei aflată în dificultate la toate aspectele vieții sociale, educația fiind una dintre acestea.

Orientarea Umanistă de la nivelul tuturor politicilor promovate, cu precădere cele educaționale, au extins sfera de cuprindere a celor cărora educația li se adresează, așa-zișilor „clienți ai educației", atât prin creșterea duratei școlarizării obligatorii, cât și prin cuprinderea în sistemul de învățământ a copiilor cu dizabilități grave (asocieri ale unor dizabilități grave).

Acceptarea diversității umane sub toate formele ei a adus în prim plan categorii defavorizate ale „clienților educației", copiii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate fiind unii dintre aceștia. Școlile, ca instituții, și-au deschis porțile pentru această categorie de „clienți", care au devenit mai „vizibili", inclusiv la nivel legislativ, ca și categorie distinctă de educabili.

2. Dizabilitățile senzoriale multiple/surdocecitatea în contextul adoptării politicilor educaționale integrate și incluzive

Adoptarea politicilor de incluziune și integrare școlară au condus la diversificarea categoriei „clienților educației" și a adus pe băncile școlii elevi cărora, altădată, le erau rezervate doar măsuri medicale și de asistență socială, care vizau, preponderent, îngrijirea, starea de sănătate precum și anumite măsuri de protecție și ajutor social.

Integrarea copiilor cu dizabilități senzoriale multiple în sistemul de învățământ de masă este cel mai adesea imposibilă. Un pas înainte în sprijinul pe care societatea îl oferă familiilor acestor copii îl reprezintă includerea acestora într-o formă organizată de învățare/învățământ, de obicei realizată la domiciliu (pentru cei care nu sunt deplasabili) sau în cadrul școlilor speciale.

2.1. Perspective teoretice în abordarea dizabilităților senzoriale multiple/ surdocecității

Majoritatea lucrărilor de specialitate care abordează problematica dizabilităților senzoriale asociate evidentiază fie aspectul medical al acesteia (cu accent pe asocierea de deficiențe), fie cel funcțional, cu accent pe implicațiile majore asupra dezvoltării copilului. Prin urmare, vom încerca o definire a dizabilităților senzoriale multiple din aceste perspective. Așa cum remarcau John Shaw și Gerald Swan (2005) nu există o definiție unanim acceptată privind dizabilitatea senzorială multiplă, încercările de definire suportând influențe culturale sau ale gradului de familiarizare cu termeni specifici domeniilor medical sau educațional.

De asemenea, s-a constatat, în numeroase lucrări, utilizarea cvasi-sinonimică a termenilor de dizabilități senzoriale multiple și surdocecitate (McInnes, J.M.; Treffry, J.A., 2000; Brown, N. et al, 2005; Hathazi, 2004). Alți autori (Fărcaș, 2012; Aitken, S.; Buultjens, Marianna, 2007) fac însă o distincție între acești termeni. Aceștia consideră ca termenul de dizabilități senzoriale multiple/asociate este mai exhaustiv, subsumând și termenul de surdocecitate.

O astfel de abordare terminologică a permis și realizarea unui cadru legislativ și educațional pentru copiii care prezintă alte dizabilități asociate deficienței de vedere sau auz[1], facilitând accesul la educație și

[1] În România Organizația Sense Internațional România este cea care a adus în atenția autorităților problematica elevilor cu surdocecitate/deficiențe senzoriale multiple. Cu ajutorul Sense International România au fost lansate primele clase-pilot destinate elevilor cu surdocecitate/deficiențe senzoriale multiple în anul 1999 la Cluj și la București. Datorită eforturilor depuse de această organizație surdocecitatea/deficiențele senzoriale multiple sunt recunoscute ca dizabilitate distinctă începând cu anul 2006 (Legea 448/2006), iar în anul 2008 a fost elaborat primul Curriculum pentru surdocecitate/deficiențe senzoriale multiple

intervenție corectiv-compensatorie adecvate pentru o categorie mai largă de copii, știut fiind faptul că surdocecitatea văzută strict ca și asociere a dizabilităților de văz și auz, în condițiile unei grave afectări ale acestora, au o incidență extrem de scăzută la nivelul populației.

Considerăm că putem defini dizabilitățile senzoriale multiple drept o categorie a dizabilităților multiple care se caracterizează prin prezența, la aceeași persoană, a asocierii unei dizabilități senzoriale (de văz sau de auz), cu una sau mai multe dizabilități, sau prin prezența ambelor dizabilități senzoriale la aceeași persoană (surdocecitate), cu implicații majore asupra întregii existențe a individului (Corcheș, 2016). Dizabilitățile senzoriale multiple generează dificultăți majore în sfera comunicării, al accesului la informație, în orientare și mobilitate.

Copiii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate prezintă pierderi de diferite grade ale văzului și auzului, mergând de la surdocecitatea totală (cazuri extrem de rare), până la surditate totală asociată cu diferite grade de pierdere a acuității vizuale, cecitate totală cu pierderi de diferite grade ale acuității auditive, precum și pierderi combinate ale acuității vizuale și auditive, cu afectarea în diferite grade ale acestora. În categoria copiilor cu dizabilități senzoriale multiple sunt cuprinși și cei care prezintă asociat dizabilității vizuale/auditive alte dizabilități.

2.2. Conceptul de „învățare" în contextul adoptării politicilor educative incluzive și integratoare

Mutarea accentului politicilor educative pe diversitate, toleranță și acceptare a implicat modificări ale următoarelor aspecte ale câmpului educațional (Corcheș, 2016):

- Conturarea unor noi dimensiuni ale conceptului de învățare (școlară)
- Reglementări legislative
- Extinderea sferei de cuprindere a „clienților educației"
- Modificări la nivelul macroproiectării didactice
- Particularități de organizare și proiectare a procesului instructiv-educativ
- Apariția unor noi funcții didactice și a unor documente școlare specifice (Planul de Servicii Personalizat, Programul Educațional Individual și Programul de Intervenție Personalizat).

2.2.1. Conturarea unor noi dimensiuni ale conceptului de învățare (școlară)

Învățarea s-a constituit, încă de timpuriu, într-una dintre preocupările centrale ale științelor socio-umane, în special psihologia și științele educației**.** Deși cel mai adesea a fost asociată cu activitatea specific umană, s-a demonstrat că aceasta este caracteristică tuturor ființelor vii (Leontiev, apund Cosmovici, 1996). Privită astfel, ***învățarea*** se referă la modificări ale conduitelor, care se mențin în timp (Sălăvăstru, 2004), datorate experiențelor pe care ființa vie le acumulează ca urmare a interacțiunii cu mediul natural sau uman (Mecu, 2003). Învățarea are valențe adaptative, constând în orice achiziție nouă/modificare de comportament (Zlate, M.; Golu, P. V., 1997) care nu poate fi pusă pe seama dezvoltării și care este întărită prin exersarea și repetarea situațiilor în care ființa trăiește și se manifestă (Postelnicu, 2007), printr-un proces de interiorizare.

Restrângând sfera de definire la ființa umană, ***învățarea*** se definește ca activitate conștientă, intenționată și selectivă de însușire a experienței sociale, teoretice și practice, a generațiilor anterioare de către un individ sau un grup uman (Postelnicu, 2007). Ea poate fi *spontană*, neorganizată, având un pronunțat caracter aleatoriu și situațional, sau *intenționată, sistematică și programată*: ***învățarea școlară.***

Învățarea școlară se definește ca activitate umană specifică, intenționată, sistematică și programată (Postelnicu, 2007), desfășurată în instituții specializate, fiind considerată activitatea principală a binomului profesor-elev, având un puternic caracter formativ și informativ, și care constă într-un proces de interiorizare personalizată a unui set de achiziți (informații, cunoștințe, strategii cognitive, abilități intelectuale și practice, atitudini) care conduc spre multiplicarea „personalității dezirabile" a indivizilor într-o societate dată (Ionescu, 2005).

Modificările de ordin politic, ideologic și conceptual asupra educației au generat modificări atât asupra conceptului de ***învățare***, cât și asupra celui de ***învățare școlară*** (Design universal pentru învățare, 2008) printr-o „extindere" a semnificației acestora și a unui nou mod de producere a cunoașterii (Ciolan, 2008).

2.2.2. Particularități ale învățării școlare în cazul elevilor cu surdocecitate/ dizabilități senzoriale multiple

În limbaj comun, învățarea este definită ca proces prin intermediul căruia individul achiziționează noi cunoștințe și abilități (Sylva, Kathy; Lunt, Ingrid, 1992). Unii autori insistă asupra ideii de dobândire de experiență și modificare comportamentală care poate fi menținută și care nu poate fi atribuită procesului de creștere (Cosmovici, 1996).

Reprezentările vizuale sunt cele mai numeroase în experiența majorității persoanelor. Ele sunt prezente în foarte multe dintre activitățile omului, implicit în cea de învățare. Imaginea nu este neapărat un element al gândirii, dar joacă un rol de auxiliar simbolic complementar al limbajului (Mecu, 2003). Astfel, în centrul gândirii se află capacitatea de a reprezenta obiecte, persoane, evenimente și experiențe într-o formă simbolică (Schaffer, 2005). În acest sens persoana validă utilizează percepția vizuală ca modalitate principală de integrare informațională (Swan, 2005). Informațiile auditive, tactile, gustative și olfactive pot fi integrate prin intermediul percepției vizuale.

Atunci când simțurile de distanță (văz și auz) sunt afectate, datorită intercondiționării dintre acestea, vor limita accesul copilului cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate la realitatea înconjurătoare, cu implicații evidente asupra procesului de învățare. Lipsa accesului la informația vizuală și/sau auditivă, asociată cu alte dizabilități severe cauzează dificultăți mari în toate ariile de dezvoltare. Învățarea este direct dependentă de aspecte caracteristice ale copilului cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate precum: limitarea accesului la informație, dificultăți apărute în sfera comunicării cu ceilalți, dificultăți generate de capacitatea redusă de a se deplasa în mediu. Prin urmare, învățarea, în cazul acestor elevi, este un proces care implică mai multe particularități (Aitken, S.; Buultjens, M., 2007)**:**

- Învățarea se produce în etape: introducerea noilor cunoștințe; învățarea în contexte specifice; generalizarea;
- Necesitatea unui timp mai îndelungat pentru transmiterea unor conținuturi ale învățării, chiar și în cazul unor conținuturi care prezintă un nivel redus de complexitate;

- Învățarea unui conținut (explorarea și recunoașterea unui obiect, înțelegerea unei comenzi sau sarcini de lucru, însușirea unor cunoștințe etc.) se produce mai lent. Timpul necesar învățării unor noi conținuturi diferă de la un copil la altul, în funcție de nivelul de afectare al proceselor psihice senzoriale și cognitive implicate în învățare; acest aspect are implicații evidente în realizarea proiectării didactice și a întocmirii documentelor de proiectare și planificare a activității instructiv-educative și corectiv-compensatorii;
- Transmiterea unor noi conținuturi nu conduce imediat la însușirea (învățarea) acestora;
- Necesitatea repetării acelorași conținuturi ale învățării pe parcursul mai multor lecții;
- Necesitatea creării unor cadre în care conținuturile învățării să fie cât mai des utilizate;
- Dacă nu există posibilitatea exersării conținuturilor însușite acestea se uită foarte repede.

Învățarea, în cazul elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate este un demers anevoios, care implică parcurgerea într-un timp mai îndelungat decât în cazul elevului valid, a celor trei etape (introducerea noilor conținuturi-învățarea în contexte specifice-generalizarea). Prin urmare, pentru facilitarea învățării, profesorul trebuie să găsească cele mai potrivite cadre de exersare a conținuturilor nou învățate, astfel încât să se poată produce transferul de date, generalizarea cunoștințelor. Abordarea trans-disciplinară devine în acest caz imperioasă, oferind posibilități crescute de generalizare a noilor cunoștințe/achiziții. Fixarea și consolidarea vechilor cunoștințe trebuie realizate în permanență, datorită proprietăților pe care le are gândirea și memoria în cazul copiilor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate (mai ales în cazul asocierii dizabilităților cognitive severe sau medii cu alte dizabilități).

3. Importanța accesibilizării/adaptării resurselor educaționale utilizate în procesul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu al elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate

Particularitățile pe care le are învățarea în cazul elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate imprimă întregului proces instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu caracteristici și demersuri specifice. Acestea pot fi observate atât la nivelul macro-proiectării didactice (particularități de proiectare ale Curriculum-ului), cât și la nivelul micro-proiectării didactice, majoritatea componentelor procesului instructiv-educativ necesitând adaptări la nevoile și posibilitățile de dezvoltare ale acestei categorii de elevi.

Sub influența politicilor educaționale incluzive și integratoare, componenta activității didactice care a suportat cele mai vizibile transformări este cea a **resurselor educaționale**. Pornind de la ideea de *normalizare a mediului de învățare* (Vrăsmas, T., Daunt, P, Mușu, I., 1996), resursele educaționale adaptate elevilor cu dizabilități vizuale, precum și a celor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate au cunoscut o dezvoltare fără precedent.

3.1. Resurse educaționale – delimitări conceptuale

Resursele educaționale reprezintă ansamblul materialelor naturale sau realizate intenționat care sprijină și optimizează atingerea competențelor vizate de procesul instructiv-educativ, având un rol decisiv în dezvoltarea capacității elevilor de a înțelege realitatea și de a acționa asupra ei (Ionescu, 2005).

În literatura de specialitate sunt adesea întâlniți termenii de *mijloace didactice* (Cristea, 2002), *mijloace de învățământ* (Ionescu, 2005), *mijloace de instruire* (Chiș, 2002) sau *materiale didactice* (Gherguț, 2005) pentru a desemna categoria cvasi omonimă a resurselor educaționale. Acestea sunt noțiuni mai restrictive, desemnând ansamblul de instrumente, materiale sau suporturi fizice și digitale utilizate de profesor pentru a sprijini procesul de predare–învățare. În contextul digitalizării educației și al focusării întregului proces educațional pe formarea de competențe,

termenul care se impune tot mai mult este acela de *resurse de învățare* sau *resurse educaționale*. Termenul are o accepțiune mai largă decât cea a mijloacelor didactice, incluzând totalitatea materialelor, conținuturilor și suporturilor (inclusiv mijloacele didactice) care pot fi folosite pentru învățare, predare sau evaluare.

3.2. Cărțile cu imagini tactile ca tip de resursă educațională

În cazul instruirii elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate, selectarea și stabilirea resurselor educaționale, precum și integrarea acestora în procesul instructiv-educativ necesită o permanentă raportare atât la celelalte componente ale activității didactice, cât și la aspecte care țin de compensare sau stimulare a dezvoltării simțurilor nealterate/mai puțin afectate. Pentru a valorifica valențele informative și formative ale resurselor educaționale, este necesar ca acestea să suporte adaptări care să ofere elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate experiențe de învățare cvasi-identice cu cele ale copiilor valizi.

Cărțile cu imagini tactile reprezintă o formă specială de resurse educaționale, create pentru a facilita procesul de învățare prin intermediul simțului tactil. Ele sunt concepute astfel încât informația să poată fi percepută prin atingere, oferind o experiență de învățare concretă și polisenzorială. Aceste resurse sunt deosebit de valoroase în educația incluzivă, deoarece permit accesul egal la conținuturi educative atât pentru copiii cu deficiențe de vedere, cât și pentru cei cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate, având valențe formative și informative evidente. Prin îmbinarea elementelor vizuale, tactile și narative, cărțile cu imagini tactile stimulează curiozitatea, gândirea și imaginația copiilor, devenind astfel resurse educaționale eficiente de predare, învățare și evaluare adaptate.

Cărțile cu imagini tactile mijlocesc accesul copilului cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate la realitatea înconjurătoare, mai ales în cazul informațiilor care provin de la simțurile de distanță. Mâinile lor sunt învățate să „vadă", să exploreze, facilitând posibilitatea formării unor reprezentări mintale ca suport al formării noțiunilor și dezvoltării gândirii.

Cărțile cu imagini tactile sunt resurse educaționale care combină un text redactat cu caractere mărite și/sau Braille cu ilustrații tactile (Valente, Dannyelle; Chennaz, Lola; Gentaz, Edouard, 2023). Acestea sunt varianta adaptată, pentru copiii cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate, a cărților cu imagini care se adresează copiilor valizi de vârstă mică. Conform studiilor realizate în domeniul psihologiei dezvoltării, reprezentările vizuale sunt cele mai numeroase în experiența majorității persoanelor. Imaginea este direct implicată în modul de funcționare al mecanismelor gândirii, cu influențe directe asupra învățării.

Să ne imaginăm pentru o clipă cât de multe știu copiii despre lumea înconjurătoare prin intermediul cărților ilustrate. Înainte de a face din copilul valid un „ascultător" al poveștilor, el parcurge etape îndelungate de formare a unor reprezentări despre obiecte, ființe sau fenomene care vor forma abilități de operare prin intermediul operațiilor gândirii. Aceste operații ale gândirii nu doar că vor facilita dezvoltarea, dar sunt implicate în mod direct în procesul de învățare. De la câinele pe care îl vede pe stradă, până la recunoașterea imaginii câinelui într-o carte, copilul valid parcurge succesiv operații de analiză, sinteză, comparații și generalizări. Încet va ajunge de la recunoaștere la reproducere (în desen, de exemplu), de la designarea lui prin puerilul „ham-ham", la reproducerea de poezii sau povești despre câine. Astfel, copilul valid beneficiază de o îndelungată etapă „preabecedară" care îi este refuzată copilului cu dizabilități vizuale (Cziker, Ionescu, Codreanu, 2011).

Copilul cu dizabilități vizuale este „forțat" să ajungă în stadiul de ascultător și, implicit, de „cititor" fără a trece prin toate aceste etape. Practic lui îi sunt „refuzate" etape normale ale dezvoltării sale. Conform teoriei piagetiene a învățării (Piaget, J.; Inhelder, B., 2005), rolul adultului este acela de a oferi copilului materiale și activități specifice etapei de dezvoltare în care a ajuns. Mai mult decât atât, mergând în direcția concepției vîgotskiene, adultului îi revine sarcina de a media între copil și realitate astfel încât să se asigure progresul și dezvoltarea sa. Aici intervine importanța și rolul cărților cu imagini tactile.

Aceste cărți reprezintă o bună modalitate de a avea acces la cunoașterea lumii înconjurătoare înainte de învățarea scris-citirului. Jucându-se cu cărțile cu imagini tactile, copilul cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate începe să își folosească mâinile intenționat pentru a descoperi lumea. În acest fel se pun fundamentele cunoașterii tactile a realității prin acțiuni conștiente și deliberate. A învăța un copil cu dizabilitate vizuală/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate să „vadă" cu mâinile, înseamnă a-i asigura accesul la cunoaștere și recunoaștere perceptivă, acțiune, înțelegere și împărtășirea de experiențe comune cu ale copilului valid. În același timp se asigură realizarea unei corespondențe între imaginea tactilă și realitate, în special atunci când elementele realității înconjurătoare nu permit explorarea tactilă directă.

Pentru copiii cu deficiențe de vedere/dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate, ilustrațiile tactile sunt importante, deoarece dezvoltă interesul pentru sistemul de scriere Braille și procesele de citire, ajutându-i să își asume un rol mai activ în învățare. Acestea pot contribui la înțelegerea cuvintelor, interpretarea și înțelegerea fenomenelor mediului înconjurător, sau perceperea tactilă în plan bidimensional a obiectelor explorate anterior (Cziker, Ionescu, Codreanu, 2011).

Explorarea imaginilor tactile joacă un rol important în dezvoltarea particularităților de funcționare ale simțului tactil-kinestezic și proprioceptivității, aspecte care stau la baza dezvoltării abilităților de citire-scriere Braille.

Cărțile cu imagini tactile sunt considerate a fi nu doar modalități de dezvoltare a sensibilității tactile, văzută ca o capacitate funcțională de compensare care conduce la însușirea sistemului de scriere Braille, ci și o modalitate de dezvoltare a reprezentărilor, imaginației și creativității. Din punct de vedere pedagogic, cărțile cu imagini tactile îndeplinesc următoarele funcții (Cziker, Ionescu, Codreanu, 2011):

- **Funcția informativă** – asigură accesul elevilor cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple la cunoașterea realității

înconjurătoare. Prin intermediul cărților cu imagini tactile, ei pot învăța să recunoască formele și texturile obiectelor sau a ființelor, dezvoltându-și o înțelegere concretă a mediilor de viață cu care interacționează. De asemenea, pot descoperi structura corpului omenesc, poziția părților sale și expresiile faciale prin contururi reliefate. Cărțile cu imagini tactile pot contribui la o mai bună înțelegere a emoțiilor și a modului acestora de manifestare prin expresii faciale specifice. În același timp, acest tip de resursă educațională oferă posibilitatea de a explora obiecte din mediul apropiat, copilul învățând să le identifice după formă și dimensiune. Prin hărți și ilustrații speciale, copiii cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate pot înțelege concepte geografice de bază, precum muntele, râul sau marea, și pot asocia reprezentări tactile cu diferite fenomene naturale ori anotimpuri, acolo unde nivelul de dezvoltare cognitivă permite învățarea acestor conținuturi. În plus, prin scene de viață cotidiană, aceștia își formează cunoștințe despre mediul social, despre activități precum mersul la școală, joaca în parc sau participarea la sărbători. În acest fel, cărțile tactile devin o punte între experiența concretă și învățarea abstractă, ajutând copiii cu dizabilități vizuale și dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate să cunoască lumea în mod activ și personal.

- **Funcția formativă –** constă în dezvoltarea abilităților senzoriale, cognitive și afective prin explorarea tactilă a lumii înconjurătoare. Aceste cărți contribuie la formarea percepției tactile fine, la dezvoltarea gândirii logice și a imaginației, oferind copilului cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate posibilitatea de a-și construi reprezentări mentale despre realitate. De exemplu, prin atingerea imaginilor reliefate care redau formele unui copac, ale unui animal sau ale unor obiecte din mediul apropiat, elevul învață să recunoască diferențele de formă, mărime și textură. Totodată, interacțiunea cu astfel de materiale

stimulează curiozitatea, atenția și capacitatea de concentrare, formând deprinderi importante pentru învățare și autonomie. În acest mod, cărțile tactile nu doar oferă informații, ci modelează treptat modul de percepție și de înțelegere al lumii, având un rol esențial în formarea personalității și a competențelor senzoriale ale elevilor cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate.

- **Funcția de antrenare** – se referă la dezvoltarea și exersarea abilităților senzoriale, motrice și cognitive prin activități repetate de explorare tactilă. Prin atingerea și investigarea imaginilor reliefate, copilul își formează și dezvoltă motricitatea fină, capacitatea de explorare și coordonare a mâinilor în identificarea și discriminarea de forme, texturi și dimensiuni diferite. Elevul învață să identifice diferențele dintre o suprafață netedă și una aspră, dintre un contur rotund și unul ascuțit. Sunt antrenate concepte de spațialitate (sus-jos) în plan orizontal, facilitând în acest fel atât explorarea, cât și învățarea scris-cititului în Braille. În plus, aceste activități stimulează memoria tactilă, atenția și orientarea în spațiu, contribuind la formarea unei percepții organizate asupra lumii. Astfel, cărțile cu imagini tactile devin un instrument valoros de antrenament senzorial și cognitiv, ajutând copilul cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate să-și dezvolte dexteritatea, capacitatea de recunoaștere și încrederea în propriile abilități.
- **Funcția de autoinstruire** – face referire la stimularea mecanismelor de conexiune inversă internă existente la nivelul acțiunilor didactice. Se creează astfel context educațional care facilitează învățarea independentă și autoevaluarea prin explorare activă și feedback senzorial direct. În timpul parcurgerii unei cărți cu imagini tactile, copilul acționează singur asupra imaginilor reliefate, își verifică permanent percepțiile prin atingere și își corectează reprezentările mentale, activând astfel mecanismele de

conexiune inversă internă. De exemplu, atunci când identifică forma unei frunze sau a unei case, elevul compară senzațiile tactile obținute cu cunoștințele anterioare, ajustându-și percepția până la recunoașterea corectă a obiectului. Prin reluarea și compararea experiențelor tactile, copilul își formează deprinderi stabile de explorare, analiză și auto-corectare, elemente esențiale ale auto-instruirii. Astfel, cărțile cu imagini tactile devin nu doar un mijloc de informare, ci și un instrument activ de formare a capacității de învățare independentă și de reglare internă a propriilor acțiuni de învățare.

- **Funcția socială –** constă în facilitarea interacțiunilor dintre copilul cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate cu adulții din jurul său sau cu alți copii, contribuind la integrarea socială, comunicare și participare activă la viața comunității. Aceste cărți oferă copiilor posibilitatea de a împărtăși experiențe de lectură cu colegii și familia, facilitând dialogul și cooperarea între copii cu și fără deficiențe de vedere/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate. Cărțile cu imagini tactile sunt un mijloc de legătură între modalitățile de percepție pe canale diferite a realității înconjurătoare, cultivând empatia, înțelegerea și respectul reciproc. Totodată, prin conținuturile lor, cărțile tactile promovează valori sociale precum prietenia, colaborarea și toleranța, sprijinind formarea comportamentelor prosociale. Astfel, ele nu doar educă și informează, ci și contribuie la construirea unei punți de comunicare și incluziune între copii, dezvoltând sentimentul de apartenență și acceptare în comunitate.
- **Funcția ludică** constă în transformarea procesului de învățare într-o activitate plăcută, interactivă și motivantă, care stimulează curiozitatea și bucuria descoperirii. Prin explorarea tactilă a imaginilor tactile, copiii se joacă învățând și învață jucându-se, dezvoltându-și în același timp atât deprinderile și abilitățile mortice fine implicate în explorare, manipulare sau identificare de

obiecte, forme și texturi ale acestora, cât și în gândirea creativă. De exemplu, o carte care prezintă o poveste despre animale cu texturi diferite – blană moale, pene fine sau solzi aspri – îi permite copilului să primească informații tactile despre realitatea înconjurătoare mai puțin accesibilă în mod direct, transformând lectura într-un joc senzorial captivant. Alte cărți tactile pot include forme mobile, pagini cu materiale variate sau elemente care produc sunete, încurajând interacțiunea și implicarea activă. Prin aceste activități ludice, copilul își dezvoltă atenția, imaginația și plăcerea pentru lectură, iar cartea devine nu doar un instrument educativ, ci și o sursă de divertisment și relaxare. Astfel, funcția ludică a cărților cu imagini tactile contribuie la crearea unei relații pozitive între copil și actul de învățare, sprijinind dezvoltarea armonioasă a personalității.

- **Funcția de stimulare a imaginației și creativității** – se manifestă prin capacitatea cărților cu imagini tactile de a transforma explorarea tactilă într-un proces activ de construire mentală a lumii. În lipsa stimulilor vizuali, copilul este încurajat să-și folosească imaginația pentru a completa informațiile tactile, creând reprezentări proprii despre forme, personaje și situații. Paginile care combină texturi diferite – precum catifeaua pentru blană, hârtia lucioasă pentru apă sau materialul aspru pentru scoarța unui copac – stimulează gândirea creativă și asociativă, invitând copilul să creeze povești și imagini interioare. Prin astfel de experiențe multisenzoriale, cărțile cu imagini tactile devin nu doar un instrument educativ, ci și o sursă de expresie personală, dezvoltând imaginația, fantezia și capacitatea de creație artistică a copiilor cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate.
- **Funcția de stimulare a lecturii –** constă în capacitatea acestor resurse educaționale de a trezi interesul și plăcerea elevilor cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate

pentru citit printr-o abordare interactivă și multisenzorială. Combinația dintre textul în alfabet Braille/scriere cu caractere mărite și imaginile ilustrate tactil transformă lectura într-o activitate captivantă, în care copilul explorează alternativ, textul scris și ilustrațiile tactile. De exemplu, în timp ce citește despre un animal, elevul poate atinge forma acestuia, simțind textura blănii sau conturul aripilor, ceea ce face ca povestea să devină mai vie și mai ușor de înțeles. Cărțile cu imagini tactile care prezintă elemente mobile, materiale diferite sau pagini interactive stimulează curiozitatea și motivația pentru lectură, transformând actul citirii dintr-o activitate abstractă într-una concretă și plăcută. Astfel, aceste cărți contribuie nu doar la formarea deprinderilor de citire, ci și la cultivarea unei relații afective pozitive cu lectura, bazată pe descoperire, bucurie și implicare personală.

Elaborarea cărților cu imagini tactile variază ca structură, conținut și modalitate de realizare în funcție de vârsta copilului cu dizabilități vizuale/dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate, precum și de posibilitățile și nevoile de dezvoltare ale acestuia. Pentru copiii cu dizabilități vizuale de vârstă mică, precum și pentru copiii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate care prezintă un nivel scăzut de funcționalitate psiho-cognitivă, cărțile cu imagini tactile sunt simple, atât din punct de vedere al textului cărții, cât și din punct de vedere al modului de ilustrare al acestora. De multe ori aceste cărți prezintă un singur element pe o pagină (de exemplu o fântână) și nu combină mai mult de două-trei texturi (lemn, metal/sfoară și piatră). Sunt des întâlnite, pentru această categorie de elevi, *cărțile tactile cu obiecte*. În acest caz, obiecte reale, care fac parte dintr-o anumită categorie (ex: obiecte de igienă personală) sunt prinse, prin diferite tehnici (lipire, coasere, legare, prindere cu bandă velcro) de paginile care alcătuiesc cartea tactilă. Tot o formă de prezentare a cărților cu imagini tactile se consideră a fi și cutiile cu obiecte reale/machete ale unor obiecte reale.

Pentru elevii cu dizabilități vizuale din ciclul primar și elevii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate care se au un nivel mediu de funcționalitate psiho-cognitivă, cărțile cu imagini tactile prezintă un nivel crescut de structurare a conținuturilor. Imaginile tactile sunt, de obicei, prezentate pe partea dreaptă a cărții, în timp ce pe partea stângă se află textul care spune o poveste despre imaginile tactile. Textul este redactat atât cu caractere mărite, cât și în sistemul de scriere Braille, astfel încât, atât copilul care prezintă cecitate, cât și cel care prezintă văz rezidual să aibă acces la text. În privința imaginilor tactile, acestea pot fi realizate prin diferite tehnici și se supun unor serii de criterii riguroase de realizare, bazate pe modul de funcționare al percepției senzoriale, de modul în care informația transmisă prin intermediul diferitelor senzații tactil-kinestezice este interpretată, dar și de tipul și cantitatea de informație care poate fi procesată prin intermediul diferitelor sensibilități (Cziker, Ionescu, Codreanu, 2011). Astfel, cărțile tactile pot fi realizate prin emboasare, prin termoformare (cu ajutorul termoforului), prin utilizarea materialelor cu texturi și forme diferite sau prin utilizarea tehnologiei 3D.

În primul rând, ilustrarea unor obiecte, ființe sau fenomene, trebuie redusă la caracteristicile esențiale ale acesteia. Datorită limitărilor date de modul de funcționare al percepției senzoriale și al interpretării acesteia, imaginile tactile trebuie să fie simple, să evoce caracteristicile tactile ale obiectelor, ființelor și fenomenelor reale. Într-o imagine tactilă se vor reda toate componentele caracteristice ale unui obiect. Astfel, într-o imagine tactilă, o masă va fi întotdeauna redată ca având 4 picioare. La fel se va proceda în cazul reprezentării tactile unei mașini, sau a unui animal. Forma, dimensiunea și textura obiectului/ființei reprezentată tactil va rămâne aceeași pe tot parcursul cărții, pentru a facilita aspectele care țin de interpretarea unei imagini tactile. Există recomandări legate de numărul de elemente reprezentate tactil care pot să coexiste pe o pagină (maxim 3-4 elemente), precum și a distanței minime dintre acestea (trebuie să existe o distanță minimă de 6 mm pentru ca obiectele/ființele

reprezentate tactil să fie percepute ca entități diferite). De asemenea, există recomandări privind modul de reprezentare tactilă a unui obiect/ființe. În acest sens se vor evita reprezentările trunchiate/a unor părți dintr-un obiect, precum și prezentarea din profil a ființelor.

Dincolo de aspectele legate de modalitățile și condițiile de realizare ale unei reprezentări tactile, confecționarea cărților cu imagini tactile este condiționată și de alte aspecte (Claudet, 2009) precum:

- Cărțile trebuie să fie robuste, astfel încât să reziste la manipulare și explorare tactilă;
- Utilizarea unor adezivi puternici, dar non-toxici;
- Se va realiza marcarea tactilă a părții de jos a unei cărți cu imagini tactile pentru a facilita identificarea corectă a modului în care se explorează cartea (altfel, copilul poate ajunge să exploreze imagini tactile care stau cu capul în jos);
- Dacă sunt incluse sisteme interactive, acestea trebuie să funcționeze perfect – glisare, închidere, deschidere, fermoare, nasturi etc.;
- Paginile cărții trebuie realizate din materiale durabile dar care, în același timp, să nu fie prea grele;
- Textele scrise în Braille trebuie să fie realizate pe materiale care permit rezistența în timp a punctelor din care e format acest sistem de scriere și să fie confortabile la pipăit;
- În realizarea cărților cu imagini tactile se va ține cont de particularitățile culturale ale țării în care este realizată cartea.

Este firesc să existe și limite/neajunsuri ale utilizării cărților cu imagini tactile în procesul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu al elevilor cu dizabilități vizuale și dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate. Unele dintre aceste limite sunt legate de aspecte pragmatice ale conceperii și confecționării acestui tip de cărți. Majoritatea acestor cărți sunt realizate manual, prin urmare sunt greu de multiplicat la o scară mai largă. Realizarea acestor resurse educaționale presupune investiții serioase de bani, timp și energie.

Studiile consacrate formării unor reprezentări mentale pornind de la imaginile tactile au indicat capacitatea limitată a subiecților de a genera imagini vizual-spațiale (Valente, Dannyelle; Chennaz, Lola; Gentaz,

Edouard, 2023), mai ales în condițiile unor lacune legate de familiarizarea cu convențiile vizuale. Într-adevăr, proprietățile figurative ale desenelor depind de numeroși factori care sunt legați de aspectele vizuale ale obiectelor. În plus aceste imagini sunt supuse și ajustărilor culturale și activităților de categorizare cognitivă (în desen, lungimea botului câinelui îl distinge de cel al pisicii, de exemplu). Pentru o persoană nevăzătoare din naștere și nefamiliarizată cu aceste convenții, este dificil să facă o legătură între formele tactile atinse și obiectul pe care îl reprezintă. Totuși, există studii potrivit cărora problemele care derivă din identificarea imaginilor tactile și a graficii tactile (Zebehazy, K. T., & Wilton, A. P., 2021) ar putea fi reduse prin învățarea prealabilă a strategiilor perceptive de explorare a conținuturilor tactile. Pornind de la studiile lui Vinter și colab. (2012), Dannyelle Valente, Lola Chennaz, Edouard Gentaz, au arătat că dificultățile de identificare a unor reprezentări grafice redate tactil rezultă din experiența și modul de explorărare desfășurate de subiect atunci când interacționează cu imaginile tactile. Autorii mai sus menționați au arătat, pornind de la studiile realizate de către Zebehazy și Wilton (2021) că experiența anterioară cu grafica tactilă și cunoașterea conținutului pot contribui la formarea unor abilități de interpretare a imaginilor tactile.

3.3. Materiale didactice tactile

E o muncă titanică în spatele fiecărei realizări a unui copil cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate. Și nu e doar munca ce se face la clasă. E vorba și despre identificarea unor strategii de lucru și confecționarea unor materiale didactice adaptate. De aceea, provocarea adevărată vine din conceperea unor materiale didactice cu „utilizare multiplă". Acestea sunt acele materiale didactice cu ajutorul cărora poți atinge competențe care vizează discipline diferite.

Spre deosebire de cărțile cu imagini tactile, materialele didactice tactile nu mai spun o poveste, nu vin să susțină un text și nu mai țin în aceeași măsură seama de redarea tactilă a unei realități. În ciuda acestor aspecte, materialele didactice tactile conduc la formarea de reprezentări

mentale despre formă, textură, structură și, acolo unde există văz rezidual, poate oferi contexte de învățare pentru culori. Ceea ce primează în cazul materialelor didactice tactile este fixarea scopurilor și contextelor în care pot fi utilizate, astfel încât să faciliteze învățarea unor noțiuni diverse, la discipline diferite.

Conceperea unor materiale didactice tactile cu utilizări multiple nu doar că scutesc cadrul didactic de investițiile ridicate de timp, bani și energie, ci permit și abordarea conținuturilor învățării în manieră integrată, oferind contexte diferite de aplicare a cunoștințelor și facilitând, în acest fel, generalizarea și învățarea de noi noțiuni. De altfel, *Curriculum pentru dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate* este conceput astfel încât să permită valorificarea unor conținuturi ale învățării identice sau din același câmp semantic la un număr mare de discipline.

Materialele didactice tactile presupun, în general, suporturi diferite de cele ale unei cărți cu imagini tactile. Nu mai este nevoie de existența unor pagini sau de mecanisme care să asambleze aceste pagini, motiv pentru care acestea sunt mai ușor de manipulat. Pot lua forma unor *panouri tactile*, *table/pereți senzoriali,* care limitează acțiunile de învățare la simpla explorare, sau *carduri* și *planșe tactile*, *cutii cu elemente tactile/senzoriale, suporturi cu elemente tactile/senzoriale mobile,* unde gradul de interacțiune al elevului cu materialele didactice crește, acestea putând fi explorate, manipulate, asamblate și dezasamblate (în cazul în care sunt realizate cu elemente mobile), în funcție de sarcinile de lucru trasate și posibilitățile și nevoile de dezvoltare ale elevilor.

Cum este și firesc, materialele didactice tactile care permit interacțiuni multiple ale elevului cu acestea, au un aport mai mare în învățare decât cele care permit doar explorarea și vor putea fi utilizate un timp mai îndelungat, fără a interveni plictiseala. Panourile tactile sau tablele senzoriale pot avea o utilitate crescută față de materialele didactice tactile în cazul elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate jos funcționali sau care prezintă asociat dizabilităților senzoriale probleme de natură neuro-motorie sau anatomice care împiedică manipularea

materialelor. De asemenea, aceste panouri tactile/table senzoriale pot fi amplasate în zone ale clasei destinate momentelor de relaxare sau de liniștire, contribuind, în acest fel, la valorificarea activă a unor astfel de ocazii.

Pe piață există numeroase produse care cuprind elemente senzoriale și tactile, care pot fi utilizate ca suport în învățarea diferitelor noțiuni. Însă nu întotdeauna acestea răspund în mod adecvat nevoilor și posibilităților de dezvoltare ale elevilor clasei. Foarte adesea implică, pe lângă costuri mari și o limitare în modul de utilizare adaptată la demersul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu al elevilor unei clase. Materialele didactice confecționate de către cadrele didactice, în funcție de particularitățile de dezvoltare psiho-fizică ale elevilor clasei, chiar dacă nu arată la fel de frumos ca și materialele didactice produse la scară largă, se dovedesc a fi mult mai eficiente în demersurile întreprinse. Acestea pot fi mult mai bine personalizate în funcție de competențele și conținuturile vizate, dar și de nevoile și posibilitățile de dezvoltare ale elevilor clasei. Pentru a reduce costurile de „fabricare", acestea pot fi realizate din materiale reciclabile. În mediul online există numeroase resurse video sau audio-video care exemplifică și explică modul de realizare al unui astfel de material.

Materialele didactice tactile, utilizate în procesul instructiv-educativ și corectiv compensatoriu al copiilor cu dizabilități senzoriale multiple/ surdocecitate, îndeplinesc o serie de funcții pedagogice esențiale, contribuind la formarea, dezvoltarea și/sau compensarea unor deprinderi cognitive și senzoriale. În cadrul diferitelor discipline, cu ajutorul materialelor didactice adaptate, se formează și antrenează abilități mentale esențiale, precum memoria, atenția, raționamentul, rezolvarea problemelor și luarea deciziilor, elemente esențiale în procesarea, înțelegerea și interacțiunea cu informațiile din mediul înconjurător. Acestea includ strategii cognitive și sunt esențiale pentru adaptare, învățare și funcționarea optimă, permițând concentrarea resurselor pe sarcini noi sau cu un nivel crescut de complexitate. Aceste funcții asigură caracterul activ,

formativ și adaptat al învățării, transformând experiența tactilă într-un mijloc eficient de cunoaștere și dezvoltare personală.

Între funcțiile pedagogice ale materialelor didactice tactile amintim:

- **Funcția informativă** – Materialele didactice tactile facilitează transmiterea de cunoștințe despre lumea înconjurătoare prin intermediul simțului tactil. Ele oferă elevilor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate posibilitatea de a explora, identifica și desemna verbal sau prin sisteme alternative de comunicare aspecte caracteristice ale realității, pornind de la elemente specifice ale acestora precum formele, structurile, texturile și relațiile spațiale, substituind/compensând parțial informațiile furnizate și procesate prin intermediul sistemelor anatomo-fiziologice afectate.
- **Funcția formativă –** Această funcție face referire la formarea și dezvoltarea operațiilor și proceselor psihice implicate în învățare. Prin manipularea și explorarea materialelor tactile, elevii cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate își pot forma reprezentări mentale, își dezvoltă gândirea, atenția, memoria și orientarea spațială, facilitându-se, în acest fel creșterea capacității de adaptare la mediul de viață și, implicit, la dobândirea autonomiei personale în realizarea unor sarcini de lucru/rezolvarea unor situații de viață.
- **Funcția de antrenare –** Materialele tactile oferă posibilitatea de exersare și consolidare a cunoștințelor prin activități repetate de explorare și recunoaștere tactilă. Ele stimulează coordonarea bimanuală, dezvoltă precizia mișcărilor, dar și însușirea unor deprinderi de explorare tactilă, aspecte care pot fi mai apoi valorificate în formarea unor deprinderi de viață, în învățarea scris-cititului sau a formării conceptului de număr și a numerației.
- **Funcția ludică –** Materialele didactice tactile sunt adesea percepute de către elevul cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate sub forma unor jocuri interactive. Din acest motiv,

materialele didactice tactile au un pronunțat caracter motivațional și recreativ, transformând învățarea într-un joc de descoperire. Activitățile instructiv-educative și corectiv-compensatorii capătă astfel o valoare afectivă, stimulează curiozitatea și dorința de explorare.

- **Funcția de compensare –** în lipsa unor informații venite pe cale vizuală sau a perceperii deformate a informațiilor venite pe cale vizuală, se impune dezvoltarea unor abilități, capacități și competențe de viață care să compenseze aceste aspecte. Materialele didactice tactile creează oportunități de învățare care conduc la dezvoltarea altor analizatori, în special a celui tactil, oferind copilului cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate acces la explorare și cunoaștere, crescând în acest fel nivelul de autonomie personală al acestuia.
- **Funcția socială –** Materialele didactice tactile, prin accesibilizarea mediului de învățare, creează punți și posibilități de interacțiune și comunicare atât între elevii și adulții implicați în actul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu, cât și între elevii unei clase, sau chiar între copilul cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate și copiii valizi. Accesibilizarea mediului prin adaptarea tactilă a unor materiale didactice, jocuri sau jucării pot crește nivelul de interacțiune dintre participanții la actul educational sau social.

După cum se poate observa, materialele didactice tactile îndeplinesc un rol mult mai profund decât simpla transmitere de informații. Ele formează, compensează, motivează, dezvoltă și creează punți de comunicare. Prin intermediul lor, copilul cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate devine un participant activ la procesul de cunoaștere, creând multiple contexte de învățare și dezvoltare. În acest sens, ele reprezintă o legătură între experiența senzorială și învățarea abstractă, având o valoare pedagogică și formativă deosebită.

Cu toate că au o valoare instructiv-educativă și corectiv-compensatorie incontestabilă, materialele didactice tactile prezintă și anumite dezavantaje care pot limita eficiența lor. La fel ca și în cazul cărților cu imagini tactile, confecționarea lor necesită mult timp, efort și resurse materiale, întrucât fiecare element trebuie adaptat cu grijă pentru a fi perceptibil și sigur la atingere. De asemenea, costurile ridicate ale materialelor speciale (folie termoformabilă, materiale textile variate, elemente în relief, produse realizate cu ajutorul imprimantelor 3D) pot limita multiplicarea acestora, astfel încât să fie disponibile pentru un număr cât mai mare de elevi.

Un alt neajuns rezidă din faptul că au un grad redus de durabilitate față de produsele realizate industrial. În etapele de învățare a unor strategii de explorare și manipulare a acestora, elevii pot distruge componente ale materialului didactic tactil care necesită înlocuire sau reparare, fapt care conduce la scoaterea din uz a materialului până la remedierea elementelor deteriorate. Acest aspect va influența, cu siguranță, întregul demers instructive-educativ și corectiv-compensatoriu care s-a bazat pe acel material. Dincolo de aspectele care țin de uzură, intervine și factorul uman, pentru că poate fi demotivant pentru un cadru didactic care a investit multiple resurse în realizarea unui material tactil să își vadă munca irosită într-un interval scurt de timp.

În același timp, dacă luăm ca și criteriu nivelul de fidelitate al reprezentărilor tactile, în afara situației în care este vorba despre figuri geometrice sau obiecte concrete, acesta poate fi limitat. Formele cu un nivel crescut de complexitate sau fenomenele abstracte sunt dificil de transpus tactil, ceea ce poate duce la reprezentări mentale incomplete sau eronate. În plus, volumul și dimensiunile materialelor tactile pot îngreuna manipularea și depozitarea lor, iar utilizarea excesivă fără ghidaj verbal sau contextual riscă să transforme activitatea într-un exercițiu mecanic, fără sens educativ profund**.** În concluzie, deși indispensabile în educația copiilor cu dizabilități senzoriale multiple/surdocecitate, materialele didactice tactile trebuie concepute, utilizate și întreținute cu atenție, pentru a-și atinge eficient scopul formativ și informativ.

3.4. Resurse educaționale deschise

În contextul digitalizării procesului instructiv-educativ, un concept care s-a impus tot mai mult în sfera educației este cel de *resurse educaționale deschise (RED.)* (UNESCO, 2024) Acestea au devenit din ce în ce mai populare în ultimii ani și au imprimat procesului instructiv-educativ demersuri specifice. Resursele educaționale deschise sunt văzute ca o modalitate eficientă de a oferi acces gratuit sau cu costuri reduse la materiale educaționale variate, atractive și de calitate pentru elevi (Istrate, 2022), permițând, în același timp o personalizare mai mare a procesului de predare-învățare-evaluare în funcție de nevoile elevilor cărora le sunt destinate. În categoria resurselor educaționale deschise sunt incluse toate tipurile de materiale educaționale, cum ar fi manuale, note de curs, tutoriale și exerciții, fișe de lucru, materiale multimedia etc. ce pot fi accesate și utilizate liber de oricine.

Materialele didactice în format digital sunt resurse educaționale în format electronic (texte, prezentări, videoclipuri, simulări interactive, teste online etc.) folosite în procesul instructiv-educativ al elevilor. Ele sprijină înțelegerea conținuturilor învățării, facilitează abordarea diferențiată a elevilor și evaluarea formativă. Maniera atractivă în care se prezintă aduc un plus de interes din partea elevilor. Acest tip de materiale didactice includ informații în formă digitală, cum ar fi fișiere, documente, imagini, videoclipuri, înregistrări audio, filme documentare și altele. Astfel, acestea integrează tehnologie precum tablete, computere, fascicule video, proiecții, echipamente de sunet, calculatoare, imprimante, imprimante 3D.

În contextul activității cu elevii cu dizabilități senzoriale multiple, materialele didactice în format digital își dovedesc utilitatea doar în contextul unor adaptări la nevoile și posibilitățile de dezvoltare ale acestora, precum și a utilizării unor programe/aplicații de accesibilizare. Din acest motiv, crearea și utilizarea de materiale didactice specifice este esențială în procesul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu la această categorie de elevi.

3.4.1. Utilizarea clipart-urilor în procesul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu al elevilor cu dizabilități senzoriale multiple

Utilizarea imaginilor în realizarea de materiale didactice adaptate, care să faciliteze învățarea pentru elevii cu dizabilități senzoriale multiple este posibilă doar în măsura în care există un rest rezidual care să permită perceperea imaginii. Internetul abundă în fișe de lucru, filmulețe educaționale, prezentări power-point, povestiri ilustrate etc. care reprezintă resurse educaționale pentru numeroase discipline. Manualele și auxiliarele didactice, de asemenea, se prezintă în forme grafice atractive, pentru a stimula curiozitatea și angajarea în sarcini a elevilor. Totuși, puține dintre acestea pot fi utilizate la clasele de elevi cu dizabilități senzoriale multiple, nu atât din cauza conținuturilor învățării, cât a modului în care sunt prezentate aceste conținuturi. Adesea mărimea fontului este prea mică, imaginile au o funcție decorativă și dimensiuni care le fac mai greu perceptibile din punct de vedere vizual. Nu există adaptări realizate în funcție de posibilitățile și nevoile de dezvoltare ale copiilor, cum ar fi scrierea textului cu majuscule sau cu caractere mărite, posibilitatea de a încercui, în loc de a scrie o literă/număr care lipsește, nu există o constanță a unor imagini etc. Multe dintre fișele de lucru sunt „înghesuite", cu foarte multe elemente de dimensiuni mici, astfel încât o pagină a unei fișe de lucru să acopere cât mai multe sarcini de lucru și să implice un timp îndelungat de realizare.

Este foarte adevărat că există posibilitatea de a mări fișele de lucru cu ajutorul magnifiatorului sau a lupelor, dar aceste aparate vin cu doza lor de beneficii și limitări. Accesul la informație vine trunchiat, implică deplasări fie ale dispozitivului, fie ale fișei de lucru, care îngreunează perceperea vizuală a materialului didactic și poate demotiva elevul în realizarea sarcinilor de lucru.

Prin urmare, oricât de ofertant ar fi internetul în varietatea de fișe de lucru pe care le pune la dispoziția cadrelor didactice, este aproape imposibil să găsești acele fișe de lucru care să implice adaptările de care au nevoie elevii, astfel încât să se țină cont cât mai mult de nevoile și

posibilitățile de dezvoltare ale fiecăruia dintre ei, păstrând totuși constantă tematica lectiei și a sarcinilor de lucru. O soluție la îndemâna oricărui profesor psihopedagog o reprezintă construirea propriilor fișe de lucru cu ajutorul clipart-urilor. Acestea se pot utiliza în moduri multiple pentru realizarea de fișe de lucru, filme educative, carduri pentru numărare sau pentru dezvoltarea limbajului verbal și scris, ilustrarea unor povești clasice sau terapeutice, pentru dezvoltarea psihomotricității, formarea imaginii de sine, a incluziunii sociale și multe altele.

Clipart-urile sunt ilustrații digitale predefinite, pictograme și elemente grafice simple, folosite pentru a adăuga atractivitate vizuală documentelor, prezentărilor, diverselor proiecte și materialelor didactice. Spre deosebire de fotografii, clipart-ul constă în desene sau simboluri stilizate, ușor de găsit, inserat și personalizat, adesea distribuite în format digital prin intermediul pachetelor software sau al site-urilor web. Clipart-urile sunt disponibile pe internet gratuit sau contra cost, au conținuturi diverse, stiluri de ilustrare variate și, unele dintre ele, prezintă restricții de utilizare de care trebuie să se țină cont.

Aceste minuni ale graficii realizate digital se adresează în mod deosebit elevilor cu dizabilități senzoriale multiple care pot percepe mesajele vizuale și care se descurcă cu identificarea și numirea unei imagini. Pentru copiii cu vedere reziduală și cu un anumit nivel de funcționalitate, este mult mai distractiv să înveți cu ajutorul unui suport vizual care, folosit adecvat, crește și motivația pentru învățare.

Pentru a putea fi utilizate cu beneficii maxime, clipart-urile trebuie adaptate atât vârstei copiilor cât și particularităților de dezvoltare imprimate de specificul și tipologia dizabilităților acestora.

Pentru un copil care prezintă dizabilități vizuale asociate altor dizbilități, fișele de lucru trebuie să fie mai „aerisite", cu imagini mai puțin încărcate de detalii și, în mod obligatoriu, acestea trebuie să aibă contururi îngroșate. De asemenea, se va ține cont de dimensiunea elementelor, precum și de contrastele de culoare. Acestea trebuie să faciliteze atât învățarea conținuturilor, cât și percepția vizuală. Pentru ca

o imagine să faciliteze percepția vizuală și învățarea, în cazul copiilor cu dizabilități senzoriale multiple trebuie să se renunțe la detaliile grafice inutile, fără ca acest lucru să modifice caracteristicile de conținut ale mesajului transmis printr-o imagine.

Prezentarea unor fragmente sau părți ale unui obiect sau ființă reprezentate printr-un tip de grafică vectorială poate îngreuna percepția vizuală, cu efecte directe asupra învățării. De aceea este indicat, la fel ca și în cazul realizării imaginilor tactile, ca imaginile folosite să redea în întregime aspectul din realitate ilustrat. Un iepuraș din care se văd doar botul și urechile, oricât de nostim ar fi ilustrat, poate conduce la formarea unor reprezentări mentale greșite, mai ales în condițiile în care accesul la diferite aspecte ale realității al persoanelor cu dizabilități senzoriale multiple este adesea limitat.

O foarte mare importanță în accesibilizarea materialelor didactice în format digital o reprezintă organizarea informației din punct de vedere vizual. O fișă de lucru care are ca sarcină stabilirea numărului de elemente (de exemplu, animale sălbatice din anumite zone ale lumii) este mai facil percepută din punct de vedere vizual dacă elementele sunt înșirate după un anumit pattern, decât dacă se prezintă ca o mixtură aleatorie de dispunere a imaginilor care reprezintă elementele fișei de lucru.

Pentru copiii care prezintă dizabilități vizuale asociate cu tulburări din spectrul autist, trebuie păstrată o constanță a imaginii și o delimitare prin chenare a spațiului de lucru. Acest lucru înseamnă că, dacă lucrezi pe o poveste, personajele trebuie să fie identice atât în ilustrarea poveștii, cât și pe fișele de lucru, altfel personajele pot fi percepute de copilul cu TSA ca făcând parte din altă poveste. Pentru copiii cu tulburări de învățare trebuie asociate imagini cu cuvinte, cu litere, cu anumite simboluri.

Un mare avantaj în cazul utilizării clipart-urilor în educație este faptul că permit abordările de tip integrat. Schimbi disciplina, schimbi conținuturile dar, ilustrezi situațiile cu aceleași clipart-uri. Se asigură o continuitate a actului de predare-învățare și se facilitează transferul de informații și generalizarea.

Cu ajutorul clipart-urilor se pot ilustra situații într-o modalitate adaptată, folosind contrastele potrivite de culori sau luminozitate, facilitând în acest fel nu doar învățarea, ci și accesul spre o lume în care elevii cu dizabilități senzoriale multiple sunt integrați prin normalizarea mediului de învățare. Pot să facă aceleași lucruri ca și elevii valizi și acest lucru adesea îi încântă și îi motivează.

O resursă educațională frecvent întâlnită în procesul instructiv-educativ al elevilor valizi o reprezintă platformele educaționale. Acestea vin în ajutorul cadrelor didactice prin punerea la dispoziție a unui număr mare de posibilități de transmitere, însușire sau evaluare a cunoștințelor. Cadrele didactice apreciază în primul rând rolul pe care aceste platforme îl au în creșterea motivației pentru învățare a elevilor, precum și creșterea nivelului de implicare în sarcinile de lucru a acestora. Elevii cu dizabilități senzoriale multiple manifestă, majoritatea, același interes crescut pentru utilizarea platformelor educaționale și a diferitelor device-uri în învățare. Dar rezultatele utilizării acestora în procesul instructiv-educativ și corectiv-compensatoriu nu sunt pe măsura entuziasmului și efortului investit în parcurgerea materialelor oferite de acestea. Acest lucru se întâmplă deoarece există, în majoritatea cazurilor, elemente de interfață ale platformelor educaționale care nu permit ajustarea sau alegerea modului de prezentare a resurselor educaționale pe care le propun. Acesta este și motivul pentru care cadrele didactice care lucrează cu elevii cu dizabilități senzoriale multiple nu pot realiza resurse educaționale cu adevărat accesibilizate și adaptate nevoilor și posibilităților de dezvoltare ale acestei categorii de elevi.

Dincolo de limitările date de aspectele tehnice și de design, resursele educaționale deschise (RED) îndeplinesc un rol esențial în sprijinirea procesului de învățare al elevilor cu dizabilități senzoriale multiple, prin funcțiile lor informativă, formativă, compensatorie și motivațională.

- **Funcția informativă** a resurselor educaționale deschise se realizează prin asigurarea accesului la conținuturi actualizate și accesibilizate – materiale audio, audio-video sau interactive – care facilitează înțelegerea noțiunilor și învățarea într-o manieră activă și ludică.

- **Funcția formativă** contribuie la dezvoltarea abilităților cognitive, senzoriale și de comunicare, prin activități bazate pe interacțiune digitală și feedback imediat.
- **Funcția compensatorie** este deosebit de importantă, întrucât permite înlocuirea sau suplinirea canalelor senzoriale afectate prin utilizarea tehnologiilor asistive (cititoare de ecran, afișaje Braille, resurse auditive sau vizuale contrastante).
- **Funcția motivațională** a acestor resurse sprijină implicarea activă și plăcerea învățării, transformând educația într-o experiență accesibilă, personalizată și incluzivă.

Astfel, resursele educaționale deschise pot fi private ca instrumente de egalizare a șanselor și de promovare a participării reale a elevilor cu dizabilități senzoriale multiple în mediul educațional digital.

Utilizarea resurselor educaționale deschise, în condițiile unor minime adaptări și accesibilizări ale conținuturilor pe care le vehiculează, oferă oportunități reale de acces la educație pentru elevii cu dizabilități senzoriale multiple. Oferind materiale de învățare în formate variate – texte adaptate, mesaje audio, și/sau video, grafică atractivă, resursele educaționale deschise permit elevilor cu dizabilități senzoriale multiple să participe activ și să învețe în ritmul propriu, conform nevoilor și posibilităților de învățare a fiecăruia dintre ei. Acestea creează posibilitatea de personalizare a conținuturilor învățării**,** facilitând, în același timp, colaborarea între profesori, specialiști și părinți**,** care pot contribui la îmbunătățirea și distribuirea resurselor în comunități educaționale deschise.

Totuși, integrarea resurselor educaționale deschise în educația elevilor cu dizabilități multiple presupune și anumite provocări, precum necesitatea unui nivel ridicat de alfabetizare digitală, asigurarea calității și accesibilității materialelor, dar și existența infrastructurii tehnologice adecvate, a unui personal instruit în utilizarea acestora precum și în coroborarea informațiilor și oportunităților de învățare create de resursele educaționale deschise cu tehnologiile asistive (cititoare de ecran, afișaje Braille, aplicații de conversie text–vorbire, cititoare de imagini) și modul acestora de funcționare și utilizare.

În pofida acestor limite, resursele educaționale deschise reprezintă un instrumente valoroase în asigurarea unor medii educaționale incluzive, sprijinind politicile care promovează echitatea educațională și care își propun transformarea mediului de învățare într-un spațiu deschis, adaptabil, accesibil și participativ, capabil să răspundă diversității reale a nevoilor educaționale ale tuturor „clienților educației".

Bibliografie

Aitken, S.; Buultjens, Marianna. (2007). *Procesul de predare-învățare la copiii cu surdocecitate. Contact-comunicare-învățare.* București: Editura Semne.

Antonesei, L. (1996). *Paideia. Fundamentele culturale ale educației.* Iași: Editura Polirom.

Brown, N.; Foaster, Mary; Shaw, J.; Swan, G.; Preda, V.; Vlad, M. (2005). *Copilul cu surdocecitate/deficiențe senzoriale multiple.* București: suport de curs.

Chiș, v. (2002). *Provocări ale pedagogiei contemporane.* Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Ciolan, L. (2008). *Învățarea integrată. Fundamente pentru un curriculum transdisciplinar.* Iași: Editura Polirom.

Claudet, P. (2009). *The Typhlo and Tactus Guide to Children`s Books with Tactile Ilustrations.* Les Doigts qui rêvent. Preluat de pe https://tactus.org/participate-in-the-competition/tips/?lang=en

Corcheș, S. (2016). *Proiectarea, organizarea și desfășurarea activităților instructiv-educative în clasele de copii cu deficiențe multiple asociate.* Cluj-Napoca: teză de doctorat.

Cosmovici, A. (1996). *Psihologie generală.* Iași: Editura Polirom.

Cristea, S. (2002). *Dicționar de pedagogie.* Chișinău: Litera Educațional.

Cziker, R.; Ionescu, L.; Codreanu, C. (2011). *Cărțile cu imagini tactile – Metodă de stimulare și educare a copiilor cu deficiențe de vedere.* Cluj-Napoca: Risoprint.

Fărcaș, I. (2008). Sistemul PECS de comunicare augumentativă și alternativă din perspectiva teoriilor psiholingvistice și intervenția specifică în cazul elevilor cu surdocecitate/deficiențe senzoriale multiple. *Transparență și comunicare în educația și integrarea socio-profesională a persoanelor cu deficiențe de vedere* (pg. 43-47). Cluj-Napoca: Editura Risoprint.

Gherguț, A. (2005). *Sinteze de psihopedagogie specială.* Iași: Polirom.

Ionescu, M. (2005). *Instrucție și educație.* Arad: „Vasile Goldiș" University Press.

Istrate, O. (2022, decembrie 17). *https://educatia-digitala.ro.* Preluat de pe www.educatia-digitala.ro: https://educatia-digitala.ro/resurse-educationale-deschise-red-utilitate-si-utilizare-experimentul-ariadna/#:~:text=Resurse%20educa%C8%9Bionale%20deschise%20sunt%20orice,restric%C8%9Bii%20de%20drepturi%20de%20autor.

McInnes, J.M.; Treffry, J.A. (2000). *Copilul cu surdocecitate. Ghid de dezvoltare.* București: Editura Semne.

Mecu, C.-M. (2003). *Eu, profesor?! Eu?...profesor!. Introducere în psihologia educației.* București: Editura Arhiepiscopiei Romano-Catolice.

Piaget, J.; Inhelder, B. (2005). *Psihologia copilului.* București: Ed. Cartier.

Piajet, J., Inhelder, B. (2005). *Psihologia copilului.* Chișinău: Editura Cartier.

Postelnicu, C. (2007). *Fundamentele didacticii școlare.* București: Editura Aramis.

Roșan, A. (. (2015). *Psihopedagogie specială.* Iași: Editura Polirom.

Salade, D. (1998). *Dimensiuni ale educației,.* București: EDP.

Sălăvăstru, D. (2004). *Psihologia educației.* Iași: Editura Polirom.

Schaffer, R. (2005). *Introducere în psihologia copilului.* Cluj-Napoca: Editura ASCR.

Swan, G. (2005). Implicațiile surdocecității. În N. Brown, *Copilul cu surdocecitate/ deficiențe senzoriale multiple. Intervenție și educație – suport de curs* (pg. 33-38). București.

Sylva, Kathy; Lunt, Ingrid. (1992). *Child Development.* Oxford: Blackwell Publishers, UK.

UNESCO. (2024). *www.unesco.org*. Preluat de pe unesco.org: https://www.unesco.org/en/open-educational-resources

Valente, Dannyelle; Chennaz, Lola; Gentaz, Edouard. (2023, mai 13). Comprehension of a multimodal book by children with visual impairments.

Vrăsmas, T., Daunt, P, Mușu, I. (1996). *(1996). Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale.* București: Ministerul Învățământului și Reprezentanța Specială a UNICEF.

Zebehazy, K. T., & Wilton, A. P. (2021, iulie 8). *Journal of Visual Impairment & Blindness*, pg. 215–227.

Zlate, M.; Golu, P. V. (1997). *Psihologia copilului.* București: EDP.

***. (2008). *Design Universal pentru învățare – un ghid pentru profesori și specialiști în educație.* Timișoara: Editura Mirton.

Abordarea educațională a copiilor cu dizabilități multiple în contextul prezenței dizabilității auditive

Ioana-Letiția Șerban

1. Delimitări teoretice

Copiii cu dizabilități de auz și dizabilități multiple sunt un grup țintă dificil de definit și de abordat datorită varietății dizabilităților și tulburărilor prezente în tabloul clinic al acestora. În context educațional, în cadrul populației de elevi cu dizabilități auditive se regăsesc în proporție de 40-50% elevi care prezintă și alte dizabilități (Nelson & Bruce, 2019; Bruce & Borders, 2015; Knoors & Marschark, 2012; Chira, 2012; Chilosi et al., 2010; Guardino, 2008; Gorlin & Toriello, 1995). În cazul copiilor cu dizabilități multiple se poate puncta următoarea caracteristică specifică: reducerea posibilităților de recuperare – indiferent dacă intervenția are loc spontan sau planificat. Pentru fiecare dintre acești copii există o evoluție unică care pornește de la prezența concomitentă a două sau mai multe dizabilități care au un impact puternic asupra comunicării, educației, mobilității, învățării sau abilităților necesare vieții de zi cu zi (Hathazi, 2015). Cauzele pierderii auditive constituie la rândul lor factori de risc în dobândirea altor tipuri de dizabilități (Guardino, Cannon & Paul, 2022; Knoors & Vervloed, 2011; Chilosi et al., 2010; Bruce, DiNatale, & Ford, 2008; Picard, 2004; Das, 1996). Printre co-morbiditățile identificate în contextul dizabilității auditive se regăsesc: dizabilitățile intelectuale, tulburările neuro-developmentale, tulburările din spectrul

autismului, tulburările specifice de învățare, deficitul de atenție cu sau fără hiperactivitate, dizabilitățile motorii, dizabilitățile emoționale, tulburările de comunicare și limbaj, leziunile cerebrale traumatice, dizabilitățile vizuale și surdocecitatea (Nelson & Bruce, 2019; Musyoka, Gentry & Meek, 2017; Knoors & Vervloed, 2011; van Dijk. Nelson, Postma, van Dijk, 2010; Vernon & Rhodes, 2009). Indiferent de tipul dizabilităților identificate în tabloul clinic al unui copil, acestea vor interacționa cu dizabilitatea auditivă a sa influențând considerabil dezvoltarea comunicării, a proceselor cognitive, a abilităților sociale, a comportamentului sau dezvoltarea fizică generală. În plus, prezența acestor dizabilități va îngreuna considerabil reabilitarea auditiv-verbală a copiilor în cauză (Knoors & Vervloed, 2011; Van Dijk et al., 2010).

Evaluarea copiilor cu dizabilități de auz și multiple comportă provocări unice încă din faza de stabilire a diagnosticului. Informațiile diagnostice timpurii și adecvate sunt elemente cheie în ghidarea și orientarea părinților și specialiștilor în procesul de intervenție. Fiecare copil care este la risc de a dezvolta o pierdere auditivă ar trebui să beneficieze de o evaluare audiologică comprehensivă. Informațiile obținute pe baza istoricului cazului, a rezultatelor impedansmetriei, a emisiilor otoacustice, a potențialelor evocate de trunchi cerebral vor oferi audiologului date obiective privind starea auzului copilului. Aceste informații pot fi utilizate pentru reglajul inițial al aparatelor auditive și în conceperea planurilor individualizate de reabilitare auditivă și verbală. În plus, testarea audiologică comportamentală ar trebui realizată în momentul în care dezvoltarea copilului o permite, pentru a determina cu certitudine abilitățile auditive funcționale ale acestuia. Probele de evaluare comportamentală reprezintă o legătură între rezultatele obținute la testele electrofiziologice și utilizarea auzului în viața de zi cu zi a copilului (Diefendorf, 2003). Evaluarea audiologică comportamentală realizată pentru copiii cu dizabilități presupune parcurgerea acelorași sarcini ca pentru copiii tipici, însă pot fi necesare modificări în procedura de testare în funcție de abilitățile individuale ale fiecărui copil. Astfel, copiii cu

dizabilități motorii ar putea avea nevoie de o stabilitate mai mare în timpul testării, lucru care poate fi obținut prin existența unor scăunele și măsuțe care să le ofere cât mai mult sprijin pentru a facilita o postură cât mai stabilă a acestora. De asemenea, evaluarea răspunsurilor copiilor la stimulii auditivi prin întoarcerea capului poate fi în mod frecvent dificilă la copiii cu dizabilități datorită mișcărilor motorii involuntare, hiperactivității sau unor dizabilități vizuale (Diefendorf et al. 2011). În cazul în care validitatea și fidelitatea răspunsurilor copiilor sunt discutabile sau inconstante, se poate opta pentru mărirea numărului de sarcini de control al stimulilor prezentați.

O altă modificare importantă se referă la limitarea factorilor distractori din cabinetul de audiologie, în mod special pentru copiii care pot fi ușor copleșiți de numărul mare de stimuli. Copiii pot deveni neinteresați de sarcină sau se pot obișnui cu aceasta și pot înceta să mai răspundă după un timp. În aceste cazuri, atenția lor poate fi îmbunătățită prin schimbarea frecvenței stimulului sau emiterea acestuia la cealaltă ureche. În plus, viteza de testare poate fi scăzută pentru a facilita abilitățile de procesare ale fiecărui copil. Deși adaptările și modificările care pot fi puse în practică sunt multiple și diverse, elementul cheie îl reprezintă flexibilitatea audiologului în identificarea protocoalelor de testare specifice fiecărui copil (Grumm, 2015).

Audiometria de observare comportamentală poate fi utilizată pentru a obține nivelurile minime de răspuns în cazul copiilor cu întârzieri în dezvoltare (Bigler et al., 2018), evaluând acuitatea auditivă prin monitorizarea reflexelor necondiționate și observarea comportamentelor ca răspuns la stimuli (strângerea buzelor, clipitul, ochii măriți, expresii faciale de surpriză sau uimire).

Formarea specialiștilor care vor lucra cu copiii cu dizabilități de auz și multiple (DAM) are loc de cele mai multe ori la nivelul instituțiilor de învățământ sau al centrelor de zi, mai degrabă prin activități metodice, activități de mentorat și de supervizare conduse de profesori psihopedagogi cu o vastă experiență în educarea copiilor cu DAM. Există

foarte puține cursuri și programe de formare la nivel național care adresează această nevoie profesională. La nivel internațional, literatura de specialitate menționează de asemenea o carență în pregătirea unor programe de formare care vizează intervenția psihopedagogică și educarea copiilor cu DAM (Musyoka et. al, 2017; Guardino, 2015; Bruce et al., 2008; Luckner, & Carter, 2001).

2. Intervenția timpurie pentru copiii cu dizabilități de auz și multiple și familiile acestora

Intervenția timpurie reprezintă o componentă fundamentală a serviciilor psihopedagogice pentru copiii cu DAM și familiile lor, vizând dezvoltarea comunicării și limbajului, dezvoltarea socio-emoțională, dezvoltarea cognitivă și cea psihomotrică (Yoshinaga-Itano, 2003). Datorită faptului că identificarea dizabilităților asociate celor de auz este un proces dificil, de multe ori diagnosticul acestora, respectiv intervențiile psihopedagogice specifice au loc mult mai târziu comparativ cu cele destinate copiilor care prezintă doar dizabilitate de auz (Szymanski, Brice, Lam, & Hotto, 2012; Wiley, Meinzen-Derr & Choo, 2008). Astfel, copiii cu DAM intră în sistemul educațional special la o vârstă mult mai înaintată și beneficiază cu întârziere de servicii de terapii specifice, de recuperare și compensare a întârzierilor în dezvoltare. Consecința acestui fapt se reflectă în pierderea unor oportunități de intervenție timpurie în toate domeniile de dezvoltare, dar cu precădere la nivelul limbajului și comunicării unde familia copilului (sub îndrumarea specialistului) are un rol fundamental.

Nelson & Bruce (2019) precizează următoarele dificultăți care au fost constatate de-a lungul timpului în contextul identificării timpurii a copiilor cu DAM:

(a). Diagnostice confirmate cu întârziere datorită unor manifestări clinice care pot fi justificate printr-o singură dizabilitate. Acest aspect este evidențiat atunci când două tipuri de dizabilități sunt caracterizate de aceiași descriptori. De exemplu, datorită faptului că abilitățile de comu-

nicare și cele sociale apar ca deficitare atât în tulburarea din spectrul autismului, cât și în dizabilitățile de auz, diagnosticul de TSA poate fi omis în cazul unui copil cu pierdere de auz sau invers.

(b). Dificultăți în obținerea de informații corecte la evaluările audiologice. Acest obstacol apare cel mai frecvent atunci când un copil nu reușește să indice răspunsul la stimulii auditivi într-o manieră clară (datorită unor dificultăți de ordin cognitiv, psihomotric sau de comunicare). Astfel, identificarea tipului și gradului de pierdere auditivă poate să sufere erori (Thompson & Yoshinaga-Itano, 2014).

(c). Limitări privind instrumentele de evaluare – datorită faptului că instrumentele de evaluare a dezvoltării pe diferite domenii nu sunt, de cele mai multe ori, adaptate la nevoile complexe ale copiilor cu DAM (Knoors & Vervloed, 2011; Cupples et al, 2014; Guardino, 2008; De Vaan et al., 2016; Hansen & Scott, 2018).

Cercetările care au vizat beneficiile intervenției timpurii pentru copiii cu DAM subliniază importanța informării acurate și complete a familiilor care au primit pentru copiii lor un diagnostic care implică pierdere de auz. Discuțiile specialistului cu familia trebuie să urmărească opțiunile de comunicare disponibile, tehnologiile de compensare auditivă și direcțiile educaționale posibile. Identificarea cât mai de timpuriu a pierderii de auz, împreună cu programul psihopedagogic de intervenție individualizată au condus la rezultate foarte bune în domeniul comunicării și limbajului, al abilităților sociale și al celor cognitive în raport cu vârsta și dezvoltarea intelectuală a fiecărui copil. Succesul programelor de intervenție timpurie depinde în mare măsură și de recomandările de evaluare și monitorizare făcute de specialiști ca urmare a diagnosticului de pierdere auditivă. Astfel, compensarea auditivă este recomandată cât mai devreme după stabilirea diagnosticului având în vedere că accesul la sunet poate facilita o dezvoltare optimă a comunicării orale.

Rezultatele în sfera limbajului și comunicării pot să varieze considerabil însă în funcție de vârsta de dezvoltare, abilitățile limbajului expresiv, gradul pierderii auditive, modalitatea de comunicare utilizată

sau prezența altor dizabilități. În programele de intervenție timpurie, progresele fiecărui copil trebuie monitorizate periodic pentru a se asigura rezultatele adecvate dezvoltării comunicării pentru fiecare caz în parte. Această monitorizare se realizează de către psihopedagogul responsabil cu programul de intervenție timpurie și de către familia copilului, iar periodic au loc întâlniri între cele două părți cu scopul de a identifica progrese și oportunități în dezvoltarea comunicării copilului.

În ceea ce privește copiii cu DAM, Roush et al. (2004) identifică rezultate pozitive pentru cei care au beneficiat de aparate auditive și discută faptul că întârzierile în dezvoltare nu ar trebui să împiedice utilizarea acestora, indiferent de abilitățile cognitive sau funcționale ale unui copil. În cazul copiilor cu dizabilități de auz care prezintă întârzieri în dezvoltare, asigurarea intervenției audiologice timpurii este recomandată în special pentru a limita dificultățile de comunicare și barierele educaționale care ar putea fi amplificate de prezența dizabilității de auz (Mormer, Palmer, Messick, & Jorgensen, 2013).

Pentru copiii cu dizabilități auditive profunde care prezintă și dizabilitate intelectuală recomandarea implantului cohlear s-a făcut inițial extrem de rar. De-a lungul timpului însă, studiile de specialitate (Beers, et al., 2014; Donaldson, Heavner, & Zwolan, 2004) au subliniat o serie de îmbunătățiri privind abilitățile de comunicare expresivă și receptivă ale copiilor cu DAM. Specific, pentru copiii cu dizabilități de auz și TSA care au primit un implant cohlear s-au constatat îmbunătățiri în sfera comunicării sociale, a conștientizării mediului înconjurător și a comportamentelor adaptative. A fost precizat și faptul că progresele înregistrate de copiii cu DAM apar mult mai târziu decât la copiii care prezintă doar dizabilitate de auz (Cruz, et al., 2012), însă literatura de specialitate menționează multiple cazuri de copii cu dizabilități de auz severe sau profunde și cu diferite tulburări de dezvoltare care au utilizat implantul cohlear cu succes (Arndt, et al., 2015; Wiley, Jahnke, Meinzen-Derr, & Choo, 2005; Cruz, et al., 2012; Fukuda, et al., 2003).

Implantul cohlear este frecvent recomandat părinților care au copii cu dizabilitate de auz profundă, la o vârstă cât mai mică și de cele mai

multe ori intervenția chirurgicală are loc înainte de manifestarea unor dizabilități asociate. Meinzen-Darr et al. (2014) specifică faptul că tulburările din spectrul autismului sunt de obicei diagnosticate după realizarea implantului cohlear și atunci sunt dificil de identificat întârzierile în sfera comunicării și limbajului apărute ca urmare a pierderii auditive, respectiv ca urmare a altor dizabilități. S-a constatat însă că dezvoltarea comunicării orale a copiilor cu DAM care au implant cohlear (IC) este în mod constant mai scăzută decât cea a copiilor cu dizabilitate auditivă care utilizează IC (Hinton, 2015). Cu toate acestea, beneficiile implantului cohlear au fost remarcate atât de specialiști – în îmbunătățirea abilităților de comunicare expresivă și receptivă a copiilor cu DAM, a abilităților sociale și a relației cu mediul înconjurător, cât și de părinți care au perceput îmbunătățiri majore legate de calitatea vieții copilului lor cu DAM (Wiley, Jahnke, Meinzen-Derr, & Choo, 2005).

Modalitățile de evaluare și monitorizare a progresului copiilor cu IC în sfera comunicării și limbajului nu sunt adaptate nevoilor copiilor care prezintă și dizabilități asociate celei auditive. Prin urmare, pentru a realiza aceste aspecte cât mai eficient este nevoie de colectarea de observații detaliate de la părinți, profesori și terapeuți. Având în vedere că rezultatele înregistrate de copiii cu DAM în dezvoltarea abilităților de comunicare orală variază de la caz la caz, specialiștii implicați în programele de intervenție timpurie trebuie să cunoască diferite modalități de comunicare pentru a le putea pune în practică eficient și pentru a acorda asistență și consiliere de specialitate familiilor copiilor cu DAM în privința așteptărilor realiste din punct de vedere auditiv-verbal și al opțiunilor complementare de comunicare.

3. Dizabilitatea de auz și întârzierea în dezvoltarea intelectuală. Particularități în intervenția psihopedagogică.

Copiii cu dizabilități de auz care prezintă întârzieri în dezvoltarea intelectuală sau chiar dizabilitate intelectuală sunt identificați frecvent cu dificultate, de cele mai multe ori datorită întârzierilor în vorbire și în achiziționarea scris-cititului care sunt considerate inerente dizabilității de

auz. Dizabilitățile intelectuale apar conform AAIDD (Asociația Americană a Dizabilităților Intelectuale și de Dezvoltare) înainte de vârsta de 18 ani și sunt caracterizate de limitări semnificative în funcționarea intelectuală și în comportamentul adaptativ vizând abilitățile conceptuale, sociale și practice (Roșan & Bălaș-Baconschi, 2015). Pentru a asigura rezultate favorabile dezvoltării și o calitate a vieții cât mai bună a copiilor cu dizabilitate de auz care prezintă și dizabilitate intelectuală este foarte important să existe concordanță între evaluarea și intervenția psihopedagogică a acestora. Dacă evaluarea copiilor cu dizabilitate de auz și intelectuală este una de tip standardizat, cu raportare la normă, este esențial ca rezultatele lor să fie comparate cu cele ale altor copii cu dizabilitate de auz și nu cu cele ale copiilor auzitori (Bruce & Borders, 2015; Knoors & Vervloed, 2011).

În ceea ce privește intervenția psihopedagogică, este de reținut faptul că abilitățile de comunicare expresivă și receptivă ale copiilor cu dizabilitate de auz și intelectuală se dezvoltă în manieră particulară, de la caz la caz. Vorbirea poate fi percepută pe cale vizuală sau pe cale auditivă – cu ajutorul aparatelor auditive sau al implanturilor cohleare (Musyoka, Gentry & Meek, 2017; Cupples et al., 2014). Abilitățile de comunicare expresivă se pot dezvolta fie la nivel non-simbolic prin expresii faciale, gesturi sau mișcări corporale, fie la nivel simbolic prin limbaj mimico-gestual, vorbire, imagini sau comunicare alternativă și augmentativă (Van Dijk et al., 2010). Cele mai multe studii de specialitate focusate pe intervențiile psihopedagogice în context educațional, vizează dezvoltarea abilităților de scris-citit și a celor de comunicare verbală și/sau gestuală. Highnote Allgood et al. (2009) evidențiază utilizarea unui dicționar în imagini de către adolescenții cu dizabilitate de auz și dizabilitate intelectuală ușoară sau moderată. Cu ajutorul acestui material, participanții au inițiat cu succes comunicarea cu persoane tipice și au înregistrat îmbunătățiri semnificative în ortografia cuvintelor țintă din dicționar. Un alt studiu (Berchin-Weiss, Falk & Cunningham, 2016) a investigat abilitățile de citire ale copiilor cu dizabilitate auditivă și

întârziere în dezvoltarea intelectuală, cu vârste cuprinse între șapte și doisprezece ani. În acest caz, cercetătorii au utilizat activități educaționale de scris-citit și de stimulare cognitivă, organizate în lecții progresive ca nivel de dificultate, în cadrul cărora elevii învățau prin colaborare. Abilitățile de citire ale acestora au fost evaluate prin utilizarea unor probe bazate pe curriculum. Rezultatele au indicat pe de o parte răspunsuri corecte ale elevilor la întrebările de comprehensiune a citirii și pe de altă parte, dezvoltarea abilităților de ilustrare a desfășurării acțiunii din textul citit prin desen. Tot în contextul dezvoltării abilităților de citire, o altă cercetare (Donne, Hansen & Zigmond, 2019) evidențiază utilizarea unor modalități alternative de evaluare și implicit intervenție pentru elevii cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală, structurate pe 3 niveluri:

(a). Sarcini concrete de realizare a unor acțiuni cunoscute din experiența personală, de asociere, de orientare, de sortare și de denumire.

(b). Reprezentarea în imagini, utilizarea unui vocabular schematic (cuvinte-cheie din textul citit), identificarea unor cuvinte, activități de sortare a imaginilor și cuvintelor, de clasificare a acestora și de identificare a funcției unor obiecte percepute din imagini sau cuvinte.

(c). Reprezentarea simbolică prin imagini complexe, utilizarea unui volum mai mare de cuvinte și răspunsul la întrebări deschise din text.

Rezultatele acestui studiu indică o performanță egală la citire a elevilor participanți, indiferent de nivelul de evaluare utilizat, autorii subliniind nevoia imperativă a unei abordări multidisciplinare în învățarea citirii, respectiv planificarea predării citirii la nivelul echipei de intervenție și nu doar la nivelul activității psihopedagogice de la clasă. Astfel, se recomandă ca intervenția în formarea și dezvoltarea abilităților de citire pentru elevii cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală să includă următorii specialiști: profesor psihopedagog, profesor educator, profesor de terapia limbajului și comunicării și audiolog.

Erickson & Quick (2017) subliniază accesul scăzut sau limitat al elevilor cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală la utilizarea limbajului oral ca rezultat al pierderii auditive și al efectelor cumulative

al acesteia asupra rezultatelor educaționale și propun următoarele strategii de intervenție în domeniul comunicării și al limbajului în context educațional, pentru a creiona profilul acestor elevi, din perspectivă senzorială, motorie, a comunicării și a achiziției scris-cititului:

(a). Comunicarea expresivă: Elevii primesc sarcina de a descrie o imagine prin/ de a răspunde la întrebări/ de a povesti un eveniment din viața lor sau din ziua respectivă, prin cuvinte semne sau simboluri (comunicare alternativă și augmentativă – CAA). Profesorii notează complexitatea sintactică a mesajelor elevilor în funcție de modul de asociere cu sens a 1, 2 sau 3 cuvinte, semne, simboluri. Se va preciza dacă elevii utilizează:

(1). Doar limbajul oral

(2). Doar limba semnelor

(3). Doar simboluri/ CAA

(4). O combinație între limbajul oral, semne și/sau CAA

Rezultatele cercetării realizate de Erickson & Quick (2017) precizează că elevii cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală care au utilizat doar limbajul oral sau doar simboluri în CAA au avut tendința de a folosi un singur cuvânt, respectiv un singur simbol pentru a atinge diferite scopuri de comunicare, în timp ce elevii care utilizau limba semnelor au realizat combinații de 2 sau 3 semne pentru a transmite diferite mesaje.

Astfel, un profesor poate nota modalitatea de comunicare a elevilor cu dizabilități de auz din clasa sa și poate aborda intervenția psihopedagogică în funcție de particularitățile comunicării expresive ale fiecărui copil, propunând obiective specifice în domeniul limbajului și comunicării în cadrul planului de intervenție personalizat.

(b). Comunicarea receptivă: Elevii primesc sarcina de a privi un obiect indicat de profesor. Acesta din urmă va nota frecvența acestui comportament demonstrat de elevi pe o perioadă mai lungă de timp (3-6 luni). O altă sarcină vizează abilitatea elevilor de a răspunde adecvat la o propoziție/ frază rostită de profesor prin care aceștia trebuie să realizeze o acțiune simplă (de ex: să se ridice în picioare, să își pună mâinile pe cap,

să ridice un obiect, să închidă ușa etc.). Ultima strategie propusă pentru evaluarea și intervenția în dezvoltarea comunicării receptive urmărește abilitatea elevilor de a răspunde adecvat la o instrucțiune care se realizează în doi pași (de ex: *Închide geamul și trage perdeaua; Deschide cartea și ia un creion roșu; Adună cuburile și pune-le pe masă; Împarte cartonașele și apoi ia loc pe scaun* etc.). Pentru toate cerințele se va nota frecvența de răspuns a fiecărui elev și se va contura astfel un profil al dezvoltării comunicării receptive al acestora.

(c). Abilitățile de citire: Pentru a identifica nivelul abilităților de citire Erickson & Quick (2017) propun următoarele stadii:

(1). Copilul înțelege conceptul de tipar (scrisul de tipar) și scopul acestuia.

(2). Copilul identifică cuvinte individuale fără sprijinul imaginilor-simbol.

(3). Copilul citește un text prezentat fără imagini-simbol, dar nu îl înțelege.

(4). Copilul citește un text prezentat fără imagini-simbol și îl înțelege.

Conștientizarea scrisului de tipar de către copil desemnează deținerea de cunoștințe privind literele de tipar, structura textului, înțelegerea interacțiunii dintre limbajul oral și cel scris și vizează înțelegerea limbajului scris, a formei și a funcției acestuia (Song, Ishida & Chung, 2020). Cunoștințele legate de scrisul de tipar se reflectă în abilitatea copilului de a înțelege aceste forme și funcții, dar și caracteristicile sale (McGinty & Justice, 2009). Formele se referă la asocierile vizuale ale literelor și ale cuvintelor care reprezintă limbajul oral. Funcțiile reprezintă stilul de comunicare adecvat unei situații, unui eveniment sau unui grup de persoane. Caracteristicile includ sintaxa sau regulile care dictează modul de scriere, respectiv de citire al tiparului: direcția, ordinea, organizarea (Sanderson, 2017).

În intervențiile educaționale se urmărește înțelegerea scopului scrisului de tipar, a faptului că acesta poartă semnificație, a ideii că o carte

conține litere și cuvinte și că este utilizată pentru a citi din ea. Explorarea unei cărți presupune întoarcerea paginilor pentru a o parcurge, indicarea părții de sus și de jos a paginilor, identificarea titlului și a copertelor din față, respectiv din spate. Înțelegerea conceptului de citire presupune în primul rând recunoașterea faptului că se citește pe rânduri, de la stânga la dreapta, începând din partea de sus a paginii și parcurgând-o până în josul ei. În al doilea rând sunt vizate conceptele de cuvânt care este compus din litere, respectiv de spații care există între cuvinte (Fulcher-Salih, 2016; Sanderson, 2017).

Conștientizarea scrisului de tipar reprezintă una dintre interacțiunile timpurii ale copiilor cu literația (Levy et al., 2006). Ei vor descoperi că scrisul de tipar comportă diferite funcții corespunzătoare contextului în care apare: meniul unui restaurant, cărți de povești, semne stradale de avertizare, panouri de promovare a unor produse, locații sau evenimente. Pentru a se familiariza cu aceste concepte, copilul trebuie să fie inclus în activități de citire împreună cu adulții (Leyva, Reese & Wiser, 2012), care le vor citi, le vor arăta litere și cuvinte, le vor prezenta paginile cărții și modul în care se urmărește scrisul de tipar pe pagină. Participând în mod activ la astfel de experiențe, copilul învață caracteristicile cărții (titlul, autorul, numărul de pagină, ilustrațiile, cuvintele). El învață de asemenea conceptul de cuvânt scris și faptul că acesta comportă semnificație, că există spațiu între cuvintele scrise sau că unele cuvinte sunt mai lungi fiindcă sunt alcătuite din mai multe litere față de altele.

Cercetările efectuate pe participanți cu dizabilitate auditivă cu vârste cuprinse între 3 și 5 ani indică o dezvoltare a conștientizării scrisului de tipar similară cu cea a copiilor auzitori (Easterbrooks et al., 2008), deși la cei cu dizabilitate auditivă se poate înregistra o ușoară întârziere (Song et al., 2020). Pe măsura înaintării în vârstă, această întârziere se adâncește și are efecte marcante în dezvoltarea scris-citirului, copiii cu pierderi auditive având performanțe semnificativ mai scăzute la vârste de 8-10 ani față de colegii lor auzitori. Un rol central îl ocupă înțelegerea deficitară a componenței cuvântului din litere, respectiv asimilarea și aprofundarea conceptului de descompunere a întregului în părți.

(d). Abilitățile de scriere: Elevii cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală primesc sarcina de a scrie propoziții simple, propoziții dezvoltate, respectiv un paragraf dintr-un text studiat. Profesorii vor nota frecvența greșelilor de ortografie, punctuație, respectiv încadrare în spațiul grafic. În funcție de profilul conturat pe baza grilelor de observare, se vor elabora obiective specifice pentru planul de intervenție personalizat al fiecărui copil în cadrul echipei multidisciplinare și se va monitoriza achiziția abilităților de scriere realizându-se recomandări în contextul planurilor de servicii individualizate.

(e). Abilități de comunicare în limba semnelor. Pentru copiii cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală limba semnelor reprezintă o variantă de comunicare adecvată în condițiile în care percepția vizuală și dezvoltarea motorie sunt corespunzătoare. Datorită prezenței dizabilității intelectuale pot exista cazuri în care comunicarea prin limba semnelor este dificil de învățat și de utilizat contextual. În aceste situații este important ca evaluarea psihopedagogică să evidențieze nivelul de dezvoltare al abilităților de comprehensiune ale copilului în cauză. Dacă acestea sunt dezvoltate suficient pentru ca el să înțeleagă și să achiziționeze structura gramaticală a limbii semnelor, atunci se pot formula obiective de intervenție centrate pe această direcție, chiar dacă dezvoltarea comunicării în limba semnelor va fi mai lentă decât în cazul copiilor care au doar dizabilitate de auz. Alternativ, pot fi selectate pentru această categorie de elevi doar anumite seturi de semne în scopul formării unui vocabular de bază (Knoors & Vervloed, 2012). Elevii cu dizabilități de auz și dizabilitate intelectuală care utilizează limba semnelor depind în mare măsură de această formă de comunicare pentru a compensa blocajele existente în comunicarea receptivă și expresivă (Erickson & Quick, 2017). Este recomandat astfel ca specialiștii să ofere cât mai frecvent modele de comunicare utilizând limba semnelor.

4. Dizabilitatea de auz și tulburările specifice de învățare. Modalități de identificare, evaluare și intervenție

Tulburările specifice de învățare fac parte din categoria tulburărilor de neurodezvoltare și se caracterizează prin dificultăți în achiziția abilităților școlare în unul sau mai multe domenii (Haft, Greiner de Magalhães & Hoeft, 2023). Tulburările specifice de învățare vizează un grup eterogen de afecțiuni asociate cu dificultăți semnificative în achiziția și utilizarea abilităților de ascultare, vorbire, citire, scriere, calcul și raționament matematic, datorate unor posibile disfuncții la nivelul sistemului nervos central (Savegnago et al., 2024). Tulburarea specifică de învățare a unui elev poate fi evidențiată prin discrepanța dintre potențialul acestuia și realizările sale școlare în domenii precum exprimarea orală, înțelegerea auditivă, exprimarea în scris, abilități de bază în citire, înțelegerea citirii, abilități de calcul și abilități matematice, la care se adaugă lipsa răspunsului la intervențiile realizate la clasă prin colaborarea cu un profesor de sprijin sau un profesor consilier (Cortiella, 2006). Literatura de specialitate subliniază dificultatea de a identifica tulburările specifice de învățare la elevii cu dizabilități de auz, datorită multitudinii de factori care pot influența pozitiv rezultatele educaționale ale acestora: intervenția timpurie, strategiile eficiente de comunicare în mediile educaționale și familiale, sprijinul familiei, suportul social și emoțional al comunității etc. O modalitate prin care se poate realiza eficient identificarea copiilor cu dizabilități de auz care prezintă și tulburări specifice de învățare este de a determina în ce măsură dificultățile școlare sunt rezultatul unei probleme de procesare a informației sau a unei probleme de percepție a acesteia. O problemă de procesare a informației apare atunci când creierul nu poate organiza adecvat informația primită (precum în cazul tulburărilor specifice de învățare). O problemă de percepție a informației apare atunci când o funcție senzorială specifică (de exemplu auzul) este deficitară (Nelson & Crumpton, 2015).

În procesul de identificare a tulburărilor specifice de învățare prezente în cazul copiilor cu dizabilități de auz, au fost punctate de-a lungul timpului o serie de caracteristici specifice ale elevilor respectivi (Van Vuuren, 1995; Elliot, Powers & Funderberg, 1988; Soukup & Feinstein, 2007; Paul, 2015):

- Prezintă un diagnostic complex, cu afecțiuni care au posibile efecte negative asupra sistemului nervos central;
- Dovedesc abilități slabe de percepție și integrare vizuală;
- Demonstrează dificultăți în achizițiile școlare;
- Sunt frecvent demotivați, pasivi în cadrul activităților sau chiar nu frecventează constant orele didactice;
- Au nevoie de comunicare în limba semnelor deoarece nu primesc suficientă informație utilizând comunicarea orală sau labiolectura;
- Deși au nevoie de comunicarea prin limba semnelor, nu efectuează semnele la fel de bine ca alți elevi cu dizabilități auditive care comunică prin limba semnelor;
- De multe ori nu beneficiază de sprijin din partea familiilor lor.

Profesorii psihopedagogi care lucrează cu elevi cu dizabilități de auz implementează o serie de proceduri pentru a identifica posibile tulburări de învățare ale acestora. Astfel, criteriile cele mai frecvent utilizate de specialiștii în psihopedagogie specială sunt următoarele (Edwards, 2010; Soukup & Feinstein, 2007):

- Dificultăți de percepție vizuală
- Tulburări de comportament/ comportamente dezadaptative repetate
- Dificultăți în reținerea informației
- Dificultăți persistente de atenție
- Performanțe școlare contradictorii sau inconstante
- Dificultăți în învățarea limbajului și a gramaticii
- Abilități de organizare slab dezvoltate
- Stil de învățare atipic
- Discrepanță între potențialul elevului și realizările sale
- Dezvoltarea atipică a limbajului pentru un elev cu dizabilități de auz.

Atunci când elevii cu dizabilități de auz prezintă și alte tulburări, profesorii întâmpină la rândul lor mai multe provocări în realizarea unui plan de intervenție personalizat. Acesta din urmă poate fi conceput prin utilizarea instrumentelor și tehnicilor de evaluare adecvate, a unui curriculum menit să întâmpine nevoile educaționale ale elevilor și a unor strategii de intervenție individualizate. Evaluarea psihopedagogică va avea rolul de a confirma tulburarea de învățare identificată, de a determina abilitățile specifice care trebuie vizate în cadrul intervenției și de a propune recomandări referitoare la strategiile adecvate de intervenție psihopedagogică. Studiile realizate în acest context subliniază 8 categorii de informații care ar trebui incluse în evaluarea psihopedagogică a unui elev cu dizabilități de auz în scopul confirmării unei tulburări specifice de învățare (Morgan & Vernon, 1994; Soukup & Feinstein, 2007; Nelson & Crumpton, 2015):

(1). Un istoric al cazului privind tipul și gradul pierderii de auz, vârsta de debut a pierderii de auz, etiologia acesteia, istoricul medical al copilului, vârsta la care au fost dobândite achizițiile și abilitățile corespunzătoare principalelor etape de dezvoltare, istoricul familial și prezența/ absența altor dizabilități.

(2). Traseul educațional al copilului, cu precizarea numărului de ani în care a frecventat grădinița și școala, al claselor în care a avut dificultăți majore și al unor rapoarte/ monitorizări educaționale.

(3). Rezultatele obținute în urma administrării a două tipuri de evaluări privind funcționarea intelectuală (de exemplu: un test de inteligență nonverbală, Scala de inteligență Wechsler pentru copii).

(4). Rezultatele obținute în urma unor evaluări educaționale standardizate (de exemplu evaluări naționale).

(5). Rezultatele obținute în urma administrării unor instrumente de screening neuropsihologic pentru evaluarea abilităților de integrare vizual-motorie.

(6). Rezultatele obținute în urma evaluării funcționării comportamentelor adaptative.

(7). O evaluare audiologică și un screening al funcționării vizuale.

(8). Evaluarea abilităților de comunicare și limbaj ale copilului.

În procesul de evaluare al elevilor cu dizabilități de auz realizat în scopul identificării sau confirmării unei tulburări specifice de învățare, sunt implicați diferiți specialiști: profesori psihopedagogi/ profesori-educatori/ profesori de sprijin, profesori consilieri, profesori din cabinetele de psihodiagnoză, profesori logopezi/ logopezi/ specialiști în terapia limbajului și comunicării, profesori din cabinetele de audiologie/ audiologi clinicieni, personal medical (medici, asistente medicale, infirmiere etc.), kinetoterapeuți, terapeuți ocupaționali.

Pentru implementarea unor programe de intervenție destinate copiilor cu dizabilități de auz care prezintă tulburări specifice de învățare sunt recomandate patru tipuri de strategii: (a). Înțelegerea faptului că acești elevi vor progresa într-un ritm mult mai lent decât colegii lor; (b). Utilizarea metodei demonstrației, a modelării și a prompturilor în predarea noilor abilități și comportamente; (c). Implementarea în mod constant a aplicațiilor practice, a recapitulărilor și sistematizării informației, a antrenării frecvente a abilităților achiziționate anterior – în cadrul unor contexte cât mai variate, pentru a asigura consolidarea și fixarea abilităților, a comportamentelor adaptative și a rutinelor funcționale; (d). Sprijinul și încurajarea constantă a elevilor.

Concluzii

Copiii cu dizabilități de auz care au și alte dizabilități și/sau tulburări prezintă o serie de limitări funcționale care au impact asupra abilităților lor sociale și a comportamentului adaptativ. Ei vor manifesta dificultăți în domeniul cognitiv și în cel al limbajului și comunicării. În consecință, vor exista provocări și în dezvoltarea scris-cititului, a calculului și raționamentului matematic sau al altor abilități ale gândirii și limbajului. Conceptul de limitări funcționale poate fi legat și de o discrepanță între abilitățile cognitive și lingvistice ale copilului și abilitățile necesare pentru a înțelege conceptele diferitelor domenii de conținut. Această discrepanță oferă contextul pentru elaborarea și implementarea intervenției psihopedagogice.

Pregătirea inițială și formarea continuă a specialiștilor care lucrează cu copiii cu dizabilități de auz și multiple vizează formarea și consolidarea competențelor legate de tehnici specifice de intervenție, mediul

educațional, strategiile de intervenție și colaborarea în echipa multidisciplinară. Ewing (2011) a identificat ca eficiente următoarele strategii de intervenție: (a). strategii de învățare prin cooperare, (b). învățarea bazată pe rezolvarea de probleme, (c). strategii de diferențiere a conținutului în funcție de nivelul de dezvoltare, (d). strategii legate de autodeterminare și calitatea vieții. De asemenea, sunt menționate și competențele specialiștilor de cunoaștere, consultare și colaborare cu familia și cu ceilalți profesioniști din echipa multidisciplinară, managementul comportamentului, dificultăți de învățare, dezvoltare cognitivă, aspecte legate de sănătatea fizică și mentală, integrare senzorială, transferul abilităților, deprinderilor și comportamentelor în contexte și medii variate.

Bibliografie

Arndt, S., Prosse, S., Laszig, R., Wesarg, T., Aschendorff, A., & Hassepass, F. (2015). Cochlear implantation in children with single-sided deafness: does aetiology and duration of deafness matter?. *Audiology and Neurotology*, *20*(Suppl. 1), 21-30.

Beers, A. N., McBoyle, M., Kakande, E., Santos, R. C. D., & Kozak, F. K. (2014). Autism and peripheral hearing loss: A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *78*(1), 96-101.

Berchin-Weiss, J., Falk, J. L., & Cunningham, K. E. (2016). Supporting deaf students with intellectual disabilities through a specialized literacy curriculum. *Insights Into Learning Disabilities*, *13*(1), 61-80.

Bigler D, Burke K, Laureano N, Alfonso K, Jacobs J, Bush ML. (2018). Assessment and Treatment of Behavioral Disorders in Children with Hearing Loss: A Systematic Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*.; 160(1):36-48. doi:10.1177/0194599818797598

Bruce, S. M., & Borders, C. (2015). Communication and language in learners who are deaf and hard of hearing with disabilities: Theories, research, and practice. *American Annals of the Deaf*, *160*(4), 368-384.

Bruce, S., DiNatale, P., & Ford, J. (2008). Meeting the needs of deaf and hard of hearing students with additional disabilities through professional teacher development. *American Annals of the Deaf*, *153*(4), 368-375.

Chilosi, A. M., Comparini, A., Scusa, M. F., Berrettini, S., Forli, F., Battini, R., ... & Cioni, G. (2010). Neurodevelopmental disorders in children with severe to profound sensorineural hearing loss: a clinical study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *52*(9), 856-862.

Chira, D.E. (2012). Dezvoltarea abilităților auditive și verbale la copii cu deficiențe multiple cu implant cohlear. În A. Hathazi (coord.) *Comunicarea în contextul deficienței multiple*. Vol. 1, pp. 98-110. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.

Cortiella, C. (2006). IDEA Parent Guide: A Comprehensive Guide to Your Rights and Responsibilities under the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA 2004). *National Center for Learning Disabilities*.

Cruz, I., Vicaria, I., Wang, N. Y., Niparko, J., Quittner, A. L., & CDaCI Investigative Team. (2012). Language and behavioral outcomes in children with developmental disabilities using cochlear implants. *Otology & Neurotology*, *33*(5), 751-760.

Cupples, L., Ching, T. Y., Crowe, K., Seeto, M., Leigh, G., Street, L., ... & Thomson, J. (2014). Outcomes of 3-year-old children with hearing loss and different types of additional disabilities. *Journal of deaf studies and deaf education*, *19*(1), 20-39.

Das, V. K. (1996). Aetiology of bilateral sensorineural hearing impairment in children: a 10 year study. *Archives of disease in childhood*, *74*(1), 8-12.

de Vaan, G., Vervloed, M. P., Hoevenaars-van den Boom, M., Antonissen, A., Knoors, H., & Verhoeven, L. (2016). A critical review of screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders in people with sensory impairments in addition to intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, *9*(1-2), 36-59.

Diefendorf, A.O., Allen, R.K., Burch, M.L., Corbin, K.R., Griffiths, C.E., Rehal, B.K., & Weinzierl, A.S. (2011). Audiologic considerations for children with multiple modality involvement. In R. Seewald & A.M. Tharpe (eds.), *Comprehensive Handbook of Pediatric Audiology*, Plural Publishing, Inc., 713-730.

Diefendorf, A.O. (2003). Behavioral hearing assessment: Considerations for the young child with developmental disabilities. *Seminars in Hearing*, 24(3), 189-200.

Donaldson, A. I., Heavner, K. S., & Zwolan, T. A. (2004). Measuring progress in children with autism spectrum disorder who have cochlear implants. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, *130*(5), 666-671.

Donne, V., Hansen, M.A., & Zigmond, N. (2019). Statewide alternate reading assessment of students who are deaf/hard of hearing with additional disabilities. *Communication Disorders Quarterly*, *40* (2), 67-76.

Easterbrooks S., Lederberg A., Miller E., Bergeron J., & Connor C. M.（2008） Emergent literacy skills during early childhood in children with hearing loss: Strengths and weaknesses. *The Volta Review*, 108, 91–114.

Edwards, L. C. (2010). Learning disabilities in deaf and hard-of-hearing children. In M. Marschark & P.E. Spencer (Eds.), The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education, Vol. 2. Oxford University Press. Pp.425-438.

Elliot, R., Powers, A., & Funderburg, R. (1988). Learning disabled hearing-impaired students: Teacher's survey. *Volta Review*, 90:277-286.

Erickson, K., & Quick, N. (2017). The profiles of students with significant cognitive disabilities and known hearing loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *22*(1), 35-48.

Ewing, K. (2011). Meeting the diverse needs of students with disabilities. In D. Moores (Ed.), *Partners in education issues and trends from the 21st international congress on the education of the deaf* (pp. 110–131). Washington DC: Gallaudet University Press.

Fulcher-Salih, U. (2016). A Reading Discovery: Print Awareness in Preschool Students with Disabilities. Hofstra University ProQuest Dissertations Publishing, 2016.10147349.

Gorlin, R. J., & Toriello, H. V. (1995). *Hereditary hearing loss and its syndromes* (No. 28). Oxford University Press, USA.

Grumm, M. (2015). *Hearing Loss and Co-Occurring Developmental Disability: Recommendations for Improved Clinical Practice* (Doctoral dissertation, The Ohio State University).

Guardino, C. A. (2008). Identification and placement for deaf students with multiple disabilities: Choosing the path less followed. *American Annals of the Deaf*, *153*(1), 55-64.

Guardino, C. (2015). Evaluating teachers' preparedness to work with students who are deaf and hard of hearing with disabilities. *American Annals of the Deaf*, *160*(4), 415-426.

Guardino, C., Cannon, J. E., & Paul, P. V. (2022). *Deaf and hard of hearing learners with disabilities*. *Foundations, Strategies, and Resources*. NY: Routledge.

Haft, S. L., Greiner de Magalhães, C., & Hoeft, F. (2023). A Systematic Review of the Consequences of Stigma and Stereotype Threat for Individuals With Specific Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, *56*(3), 193-209. https://doi.org/10.1177/00222194221087383

Hansen, S., & Scott, J. (2018). A systematic review of the autism research with children who are deaf or hard of hearing. *Communication Disorders Quarterly*, *39*(2), 330-334.

Hathazi, A. (2015). Dizabilitățile multiple. În A.Roșan (coord.), *Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție*, (187-211). Iași: Polirom.

Highnote Allgood, M., Heller, K. W., Easterbrooks, S. R., & Fredrick, L. D. (2009). Use of picture dictionaries to promote functional communication in students with deafness and intellectual disabilities. *Communication Disorders Quarterly*, *31*(1), 53-64.

Knoors, H. & Marschark, M. (2012). Language Planning for the 21st Century: Revisiting Bilingual Language Policy for Deaf Children, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(3):291–305, https://doi.org/10.1093/deafed/ens018

Knoors, H. & Vervloed, M.P.J. (2011). Educational Programming for Deaf Children with Multiple Disabilities: Accommodating Special Needs. In M. Marschark & P.E. Spencer (Eds.) *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education,* Vol. 1, Second Edition (2 ed.). Oxford University Press.

Leyva, D., Reese, E., & Wiser, M. (2012). Early understanding of the functions of print: Parent–child interaction and preschoolers' notating skills. *First Language*, 32(3), 301–323. https://doi.org/10.1177/0142723711410793

Levy, B., Gong, Z., Hessels, S., Evans, M. & Jared, D. (2006). Understanding print: Early reading development and the contributions of home literacy experiences. *Journal of experimental child psychology*. 93. 63-93. 10.1016/j.jecp.2005.07.00.

Luckner, J. L., & Carter, K. (2001). Essential competencies for teaching students with hearing loss and additional disabilities. *American Annals of the Deaf*, *146*(1), 7-15.

McGinty, A. S., & Justice, L. M. (2009). Predictors of print knowledge in children with specific language impairment: Experiential and developmental factors. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *52*(1), 81-97.

Meinzen-Derr, J., Wiley, S., Bishop, S., Manning-Courtney, P., Choo, D. I., & Murray, D. (2014). Autism spectrum disorders in 24 children who are deaf or hard of hearing. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *78*(1), 112-118.

Morgan, A., & Vernon, M. (1994). A guide to the diagnosis of learning disabilities in deaf and hard-of-hearing children and adults. *American Annals of the Deaf*, *139*(3), 358-370.

Mormer, E., Palmer, C., Messick, C., & Jorgensen, L. (2013). An evidence-based guide to clinical instruction in audiology. *Journal of the American Academy of Audiology*, *24*(05), 393-406.

Musyoka, M. M., Gentry, M. A., & Meek, D. R. (2017). Perceptions of teachers' preparedness to teach deaf and hard of hearing students with additional disabilities: A qualitative case study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *29*(5), 827-848.

Nelson, C., & Bruce, S. M. (2019). Children who are deaf/hard of hearing with disabilities: Paths to language and literacy. *Education Sciences*, *9*(2), 134.

Nelson, N. W., & Crumpton, T. (2015). Reading, writing, and spoken language assessment profiles for students who are deaf and hard of hearing compared with students with language learning disabilities. *Topics in Language Disorders*, *35*(2), 157-179.

Paul, P.V. (2015). d/Deaf and Hard of Hearing With a Disability or an Additional Disability: The Need for Theory, Research, and Practice. *American Annals of the Deaf 160*(4), 339-343. https://dx.doi.org/10.1353/aad.2015.0029.

Picard, M. (2004). Children with permanent hearing loss and associated disabilities: Revisiting current epidemiological data and causes of deafness. *Volta Review*, *104*(4).

Roush, J., Holcomb, M. A., Roush, P. A., & Escolar, M. L. (2004). When hearing loss occurs with multiple disabilities. In *Seminars in Hearing* (Vol. 25, No. 04, pp. 333-345). Copyright© 2004 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA..

Sanderson, C. A.(2017). The Use of Print Referencing Techniques Through Preschoolers' Play-based Creative Writing Experiences: The Impact on Oral Language Development, Print Awareness, and Literacy Abilities with Children Diagnosed with Language Disorder. (Doctoral dissertation). Retrieved from https://scholarcommons.sc.edu/etd/4546

Savegnago, D., Franz, L., Gubernale, M., Gallo, C., de Filippis, C., Marioni, G., & Genovese, E. (2024). Learning disabilities in children with hearing loss: A systematic review. *American Journal of Otolaryngology*, *45*(5), 104439.

Soukup, M., & Feinstein, S. (2007). Identification, assessment, and intervention strategies for deaf and hard of hearing students with learning disabilities. *American Annals of the Deaf*, *152*, 56–62.

Song, J., Ishida, Y., & Chung, I. (2020). Development of Print Awareness of Hearing-Impaired Young Children in China. In A. Y. A. Bakar, M. M. Tahar, & M. H. M. Yasin (Eds.), *Develop Inclusive Teaching and Learning in School Environment* (pp. 58-64). Jakarta: Redwhite Press. https://doi.org/10.32698/GCS-04259

Szymanski, C. A., Brice, P. J., Lam, K. H., & Hotto, S. A. (2012). Deaf children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *42*(10), 2027-2037.

Thompson, N., & Yoshinaga-Itano, C. (2014, November). Enhancing the development of infants and toddlers with dual diagnosis of autism spectrum disorder and deafness. In *Seminars in speech and language* (Vol. 35, No. 04, pp. 321-330). Thieme Medical Publishers.

van Dijk, J., Nelson, C., Postma, A., & van Dijk, R. (2010). Deaf children with severe multiple disabilities: Etiologies, intervention, and assessment.

Van Vuuren, E. (1995). The Deaf Pupil with Learning Disabilities. *International Congress on Education of the Deaf*, Tel Aviv, Israel. (ERIC Document Reproduction Service No. ED392177)

Vernon, M., & Rhodes, A. (2009). Deafness and autistic spectrum disorders. *American Annals of the Deaf, 154*(1), 5-14.

Wiley, S., Jahnke, M., Meinzen-Derr, J., & Choo, D. (2005). Perceived qualitative benefits of cochlear implants in children with multi-handicaps. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, *69*(6), 791-798.

Wiley, S., Meinzen-Derr, J., & Choo, D. (2008). Auditory skills development among children with developmental delays and cochlear implants. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, *117*(10), 711-718.

Yoshinaga-Itano, C. (2003). From screening to early identification and intervention: Discovering predictors to successful outcomes for children with significant hearing loss. *Journal of deaf studies and deaf education*, *8*(1), 11-30.

Principii ale evaluării și intervenției timpurii bazate pe dovezi și colaborare cu familiile în contextul dizabilităților auditive

Carmen Costea-Bărluțiu

Intervenția timpurie adresată copiilor cu dizabilități auditive sau surditate reprezintă un domeniu complex, situat la intersecția audiologiei, medicinei, logopediei, psihopedagogiei speciale și științelor dezvoltării timpurii a ființei umane. Pierderea auzului, indiferent de gradul sau etiologia sa, are potențialul de a influența major traiectoria dezvoltării limbajului, comunicării și interacțiunii sociale, motiv pentru care identificarea precoce, evaluarea multidisciplinară și intervenția personalizată sunt esențiale.

Pierderea auditivă poate varia de la forme ușoare la surditate profundă și poate avea cauze genetice, infecțioase, pre- sau postnatale, traumatice ori necunoscute. Evaluarea audiologică permite diferențierea între pierderea conductivă – care reflectă dificultăți la nivelul urechii externe sau medii și care poate fi adesea ameliorată medical sau chirurgical – și pierderea neurosenzorială, asociată disfuncției cohleei sau nervului auditiv, gestionabilă prin tehnologie asistivă, dar nu prin tratament chirurgical convențional. În funcție de tipul și gradul pierderii, copilul poate avea acces limitat sau chiar inexistent la informația auditivă necesară dezvoltării spontane a vorbirii și limbajului.

1. *Competențe ale profesioniștilor care lucrează în domeniul intervenției timpurii pentru sugari și copii mici cu dizabilități auditive*

Dat fiind rolul major al profesioniștilor în suportul oferit copiilor cu dizabilități auditive și familiilor acestora, o importanță aparte o deține formarea profesională a unui set de competențe necesare în acest domeniu. Un accent major este plasat pe identificarea și intervenția timpurie în cazul sugarilor cu pierdere de auz, prin dezvoltarea unor sisteme integrate și interdisciplinare operaționale la nivel comunitar și național. Aceste sisteme includ screeningul auditiv neonatal, evaluarea audiologică și intervenția centrată pe familie (Joint Committee on Infant Hearing, 2007, 2013).

Obiectivul programelor de detectare și intervenție timpurie a pierderii auzului (EHDI) este de a optimiza dezvoltarea competențelor lingvistice, comunicative și a alfabetizării în rândul copiilor surzi sau cu dizabilități auditive. În absența expunerii adecvate și consistente la limbaj, acești copii prezintă riscul unor întârzieri în dezvoltarea limbajului și comunicării, cognitivă și socio-emoțională, comparativ cu semenii lor tipici (Moeller, 2000). Astfel de întârzieri pot avea efecte pe termen lung, până la a influența negativ nivelul educațional și oportunitățile de angajare în perioada adultă.

Specialiștii implicați în intervenția timpurie includ, în principal: psihopedagogi specializați în surditate și dizabilitate auditivă, logopezi, educatori pentru învățământul preșcolar (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

Competențele profesionale ale acestora sunt grupate în câteva domenii, în cadrul cărora este esențială formarea profesională (Nevins și Sass-Lehrer, 2016).

1. Competențe orientate către copil:

- cunoașterea dezvoltării cognitive, sociale și afective;
- abilități de evaluare a dezvoltării;
- proiectarea mediilor de învățare;
- promovarea interacțiunii și implicării copilului;
- colectarea și interpretarea datelor evaluării.

2. Competențe orientate către familie:

- includerea familiei ca partener activ în planificarea și implementarea intervenției;
- strategii de consolidare a relației părinte–copil.

3. Competențe de lucru în echipă:

- integrarea informațiilor și recomandărilor interdisciplinare în rutina copilului și a familiei.

4. Competențe privind sistemele de suport:

- cunoașterea resurselor comunitare și a planificării serviciilor complexe (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

În centrul practicii de intervenție timpurie se află capacitatea profesionistului de a dezvolta relații pozitive, respectuoase și colaborative cu familiile. Acest lucru implică: abilități de comunicare eficientă și ascultare activă, exprimarea empatiei și compasiunii, consolidarea încrederii în situații emoționale intense, respect față de prioritățile și îngrijorările familiei (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

1.1. Cunoștințe și abilități necesare profesioniștilor în lucrul cu sugari cu dizabilități auditive

a. Practica centrată pe familie include**:**

- promovarea parteneriatului familie–profesionist;
- sprijinirea familiilor în procesul decizional;
- facilitarea accesului la suport emoțional și informațional.

Profesioniștii trebuie să fie pregătiți să ofere informații echilibrate și actualizate, pentru a sprijini deciziile privind opțiunile în domeniul utilizării limbajului, abordările comunicative, tehnologia și serviciile disponibile, inclusiv în contexte marcate de controverse, divergențe de opinie și limitări ale dovezilor științifice.

b. Practici sensibile social, cultural și lingvistic presupun:

- respectarea diversității caracteristicilor individuale și familiale;
- înțelegerea și aprecierea perspectivelor culturale ale comunității surzilor;

- competență în limba semnelor atunci când se lucrează cu familii de surzi;
- respectarea alegerilor lingvistice și culturale ale fiecărei familii.

c. Dezvoltarea limbajului și a comunicării includ cunoștințe ale profesioniștilor, din domenii diverse:

- dezvoltarea tipică a limbajului și impactul pierderii auditive asupra accesului la comunicare;
- modalitățile de a sprijini familia în asigurarea accesului optim la limbaj, indiferent de abordarea aleasă;
- influența tehnologiei asupra dezvoltării limbajului oral și utilizarea auzului rezidual;
- etapele dezvoltării limbajului semnelor;
- modele și resurse pentru dezvoltarea comunicării (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

Intervenția include oferirea de modele adecvate de limbaj direcționat către sugar, fie în limbaj verbal (prin adaptarea caracteristicilor suprasegmentale ale vorbirii), fie în limbajul semnelor (prin utilizarea gramaticii faciale și a prosodiei specifice semnelor).

Profesioniștii trebuie să monitorizeze sistematic dezvoltarea limbajului și să promoveze interacțiuni responsive între copil și familie, sprijinind crearea unui mediu familial bogat în limbaj, indiferent de abordarea comunicativă adoptată. De asemenea, ei facilitează dezvoltarea fluenței în limba semnelor în familiile care optează pentru această modalitate lingvistică.

Practicile implementate vor fi responsive social, cultural, lingvistic, inclusiv raportat la culturi, comunități ale surzilor și persoanelor cu dizabilități auditive, precum și sensibilitate și respect pentru caracteristici individuale și familiale. În vederea creșterii capacităților familiilor de a răspunde nevoilor de comunicare ale copiilor lor, profesionistul este de dorit să demonstreze fluență în limba semnelor în cazul în care lucrează cu familii de surzi (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016, Nevins și Sass-Lehrer, 2016).

d. Factori care influențează dezvoltarea sugarilor și copiilor mici

Recunoașterea importanței suportului mutual între familiile care cresc copii cu deficiențe auditive reprezintă un element esențial în promovarea stării de bine familiale. De asemenea, este necesară valorizarea rolului organizațiilor specializate în furnizarea de sprijin informativ, emoțional și instrumental pentru aceste familii.

O componentă fundamentală a intervenției timpurii constă în diferențierea caracteristicilor dezvoltării tipice de cele ale dezvoltării atipice, în vederea susținerii procesului de diagnostic diferențial. Totodată, colaborarea eficientă cu profesioniști din domeniul medical, terapeutic și educațional este crucială pentru înțelegerea impactului dizabilităților asociate (cognitive, vizuale, motorii) asupra accesului copilului la limbaj și asupra expresivității comunicării.

Profesioniștii trebuie să dețină cunoștințe privind adaptarea strategiilor de intervenție la nevoile copiilor care prezintă dizabilități multiple și să înțeleagă efectele sinergice ale acestor dizabilități asupra dezvoltării globale (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

e. Screening, evaluare și evaluare complexă

Competențele profesionale includ interpretarea rezultatelor screeningului auditiv și a informațiilor aferente diagnosticului audiologic, evaluarea dezvoltării copilului și utilizarea sistematică a evaluărilor pentru monitorizarea progresului.

Este esențială cunoașterea screeningului auditiv neonatal și a procedurilor de evaluare audiologică, precum și capacitatea de a oferi suport informațional și emoțional familiilor imediat după efectuarea screeningului.

Profesioniștii trebuie să fie capabili să interpreteze rezultatele testelor neurofiziologice (de exemplu, cele realizate la nivelul căilor auditive centrale) și să faciliteze înțelegerea acestora de către familie. În plus, interpretarea adecvată a rezultatelor evaluărilor audiologice comportamentale și explicarea consecințelor acestora asupra dezvoltării copilului constituie o responsabilitate esențială în cadrul practicii de intervenție timpurie (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

1.2. Principiile sistemelor de detectare și intervenție timpurie

În vederea derulării optime a procesului de intervenție timpurie, cu efecte semnificative asupra dezvoltării copilului și suportul familial al acestuia, detectarea dizabilității auditive și debutul intervenției timpurii este necesar să aibă loc cât mai timpuriu posibil. Astfel, o serie de principii este necesar să fie implementate:

1. Toți nou-născuții trebuie să aibă acces la screening auditiv înaintea împlinirii vârstei de o lună.
2. Nou-născuții care nu trec screeningul auditiv inițial și reevaluarea ulterioară trebuie să beneficieze de evaluări audiologice și medicale adecvate, pentru confirmarea pierderii de auz înainte de vârsta de trei luni.
3. Sugarii cu pierdere de auz permanentă confirmată trebuie să fie incluși în programe de intervenție înaintea vârstei de șase luni.
4. Sistemul trebuie să fie centrat pe familie și pe respectarea drepturilor copilului și ale familiei, prin asigurarea luării deciziilor informate, a consimțământului parental și a protejării vieții private. Familiile trebuie să aibă acces la informații cuprinzătoare privind intervențiile, tratamentele și consilierea referitoare la pierderea auzului.
5. Copiii și familiile trebuie să aibă acces prompt la tehnologii auditive de înaltă calitate (aparate auditive, implanturi cohleare și alte dispozitive asistive), atunci când acestea sunt necesare.
6. Toți sugarii și copiii trebuie monitorizați periodic pentru identificarea pierderii auzului în cadrul consultațiilor medicale de rutină. Evaluarea continuă a dezvoltării comunicării trebuie asigurată tuturor copiilor, indiferent de existența unor factori de risc.
7. Programele de intervenție interdisciplinară pentru copiii surzi sau cu dizabilități auditive și familiile acestora trebuie furnizate de profesioniști cu expertiză în pierderea auzului din copilărie. Aceste programe trebuie să recunoască și să valorifice punctele forte ale familiei, alegerile informate și tradițiile culturale.

8. Sistemele de management al informațiilor trebuie integrate cu dosare medicale electronice și utilizate pentru monitorizarea rezultatelor și evaluarea eficacității serviciilor la nivel comunitar și național (Sass-Lehrer, Moeller și Stredler-Brown, 2016).

Screeningul auditiv în perioada copilăriei mici

O recenzie sistematică pe tema screening-ului auditiv a relevat faptul că majoritatea ghidurilor destinate nou-născuților recomandă modelul temporal „1–3–6" (screening la 1 lună, diagnostic la 3 luni, intervenție la 6 luni), precum și efectuarea screeningului auditiv înainte de externarea din maternitate (Wen et al., 2022). Totuși, momentele specifice de realizare a screeningului diferă între ghiduri. Analiza arată că 93,33% dintre ghidurile dedicate evaluării auzului la nou-născuți recomandă structura „screening primar – re-screening – diagnostic – intervenție" pentru nou-născuții sănătoși, în timp ce 73,33% dintre ghiduri propun modelul „screening inițial – diagnostic – intervenție" pentru nou-născuții din unitățile de terapie intensivă neonatală (NICU).

De asemenea, 33,33% dintre ghiduri recomandă o acoperire de peste 95% a screeningului auditiv inițial, iar 26,66% sugerează o rată maximă de 4% pentru confirmarea diagnosticului de pierdere de auz. În ceea ce privește ghidurile referitoare la screeningul auditiv în copilărie, criteriile de includere variază considerabil (interval de vârstă 0–9 ani), însă majoritatea documentelor recomandă screeningul auditiv pediatric pentru toți copiii de vârstă preșcolară. Numai jumătate dintre ghiduri precizează explicit tehnicile de screening și re-screening, incluzând audiometria tonală liminară, emisiile otoacustice (OAE), răspunsurile corticale auditive, timpanometria și alte metode.

Identificarea timpurie a pierderii de auz la sugari este esențială pentru dezvoltarea lor globală. Atunci când intervenția începe în primele șase luni de viață și presupune implicarea constantă și activă a părinților, dezvoltarea limbajului poate deveni comparabilă cu cea a copiilor auzitori în intervalul 3–8 ani. În primele luni, evaluarea auditivă se bazează pe măsurători fiziologice, iar după vârsta de șase luni se introduc

metodele comportamentale, care permit o apreciere mai nuanțată a felului în care copilul percepe și răspunde la sunet. O evaluare audiologică completă ia în considerare pragurile auditive, capacitatea de atenție, calitatea sunetului perceput și dezvoltarea abilităților perceptive, precum selecția, discriminarea, reamintirea sau secvențializarea informațiilor auditive (Spencer și Marschark, 2010).

Observarea comportamentului copilului reprezintă un element central în evaluarea auzului. Reacțiile la sunete – oprirea din activitate, zâmbetul, tresărirea, orientarea capului sau clipitul – oferă indicii importante privind existența percepției auditive. Localizarea sunetelor se rafinează de la aproximativ șase luni și continuă să se îmbunătățească până la vârsta de șapte ani. De asemenea, întoarcerea sau căutarea sursei sonore indică faptul că cel mic înțelege că sunetul are o cauză identificabilă, ceea ce este esențial pentru orientarea corectă în comunicare. Răspunsurile cu sens la cuvinte sau sunete – fie comportamentale, fie emoționale – presupun deja o asociere între experiențele anterioare și mesajele auditive. Este important și cât de repede răspunde copilul, deoarece timpul de procesare auditivă reflectă capacitatea sa de a percepe, interpreta și acționa în funcție de informația sonoră. Imitația sunetelor, un element critic în dezvoltarea vorbirii, arată un nivel funcțional al auzului, al memoriei auditive și al coordonării articulatorii.

În screeningul auditiv, se încearcă observarea reacțiilor la sunete de intensități diferite, de la șoapte sau bătăi ușoare în masă până la sunete mai puternice ori cuvinte rostite normal. Copilului i se prezintă sunete atât în câmpul vizual, cât și în afara acestuia, pentru a vedea dacă le caută sau dacă își întoarce capul spre sursă. Se urmărește și modul în care interpretează sunetele – de exemplu, dacă se mișcă la auzul muzicii sau dacă privește obiectul despre care se vorbește. Interpretarea vizuală a vorbirii (citirea labială) poate apărea natural și este util de observat. Pentru copiii care răspund mai lent este necesar să se ofere timp suplimentar; reacțiile întârziate pot sugera dificultăți de auz, de procesare sau de dezvoltare intelectuală. În plus, se notează capacitatea de a imita sunete amuzante, cuvinte scurte sau propoziții simple, atât cu contact vizual, cât și fără acesta, prin jocuri de imitație.

Pe lângă aspectele auditive, în cazul copiilor cu deficiențe de auz se evaluează și abilitățile vizuale de comunicare, întrucât vederea devine principalul canal de acces la informație. Se observă dacă micuțul urmărește fețele și buzele celor care comunică cu el, dacă poate alterna atenția între persoană și obiect, dacă răspunde la comportamente prin care cineva încearcă să-i atragă atenția (cum ar fi atingerea ușoară) și dacă explorează vizual mediul pentru a se orienta. Aceste abilități reprezintă baza comunicării vizuale ulterioare.

Evaluare, monitorizare și interpretarea rezultatelor

Programele eficiente de evaluare se bazează pe utilizarea combinată a metodelor autentice, instrumentelor bazate pe criteriu și instrumentelor standardizate, atât pentru evaluarea nivelului de dezvoltare, cât și pentru monitorizarea progresului în raport cu obiectivele stabilite. Aceasta implică înțelegerea capacităților și limitelor instrumentelor utilizate, precum și capacitatea de a adapta procedurile de evaluare la caracteristicile fiecărui copil.

Profesioniștii trebuie să fie capabili să evalueze limbajul dobândit atât în limba semnelor, cât și în limbajul vorbit, inclusiv modul în care pierderea auzului influențează performanța lingvistică. De asemenea, este necesară competența de evaluare a copiilor cu dizabilități multiple, având în vedere interacțiunea complexă dintre deficitele senzoriale, cognitive și motorii (Sass-Lehrer et al., 2016).

Tehnologie și intervenție

Utilizarea tehnologiilor asistive reprezintă un pilon fundamental în facilitarea accesului la informația auditivă, vizuală și/sau tactilă. Specialiștii trebuie să fie familiarizați cu gama de tehnologii disponibile, să asigure funcționarea optimă și monitorizarea regulată a acestora.

Planificarea și implementarea serviciilor educaționale implică elaborarea planurilor de lecție, vizitelor la domiciliu, planurilor de intervenție individualizate (PIP), selectarea curriculumului, metodelor și resurselor adecvate. În paralel, suportul social și emoțional pentru copil și familie este esențial.

Cunoașterea modului în care statusul auditiv influențează dezvoltarea comunicării reprezintă o competență centrală. Înțelegerea componentelor unui program educațional eficient, precum și gestionarea tranzițiilor (de exemplu, trecerea la un alt nivel educațional), completează cadrul necesar intervenției (Sass-Lehrer et al., 2016).

Colaborare interdisciplinară și etică profesională

Intervenția timpurie eficientă necesită colaborare interdisciplinară cu profesioniști din domeniul medical, audiologic, psihologic și educațional. Practica profesională trebuie să respecte principiile etice, cadrul legislativ și recomandările bazate pe dovezi științifice (Sass-Lehrer et al., 2016).

Evaluarea întârzierilor de limbaj și a achizițiilor preverbale

Cercetările în domeniul neurodezvoltării demonstrează că primele experiențe influențează structural dezvoltarea creierului copilului, stimularea multisenzorială contribuind la consolidarea conexiunilor neuronale, în special în primii ani de viață. Conform principiului „use it or lose it", lipsa stimulării afective, cognitive, fizice sau lingvistice poate conduce la pierderea funcțională a unor rețele neuronale.

Dezvoltarea comunicării și a limbajului are loc în cadrul interacțiunilor sociale. Achiziția limbajului este strâns legată de dezvoltarea comportamentelor preverbale, considerate predictori importanți ai ulterioarei dezvoltări lingvistice (Saletta și Windsor, 2019).

Dezvoltarea comportamentelor preverbale

Printre comportamentele preverbale predictive pentru dezvoltarea optimă a sugarului și copilului mic, se numără: urmărirea direcției privirii adultului (apare în jurul vârstei de 2 luni), anticiparea rutinelor familiare (vârsta de 4 luni), inițierea schimburilor comunicative intenționate (9 luni). Dintre funcțiile comunicării intenționate timpurii, reglarea comportamentală (protest, solicitarea obiectelor, activităților), atenția împărtășită (oferire de informație, comentarii) și bazele interacțiunii sociale (intenții) sunt indicative pentru dezvoltarea tipică (Salley et al., 2020).

Importanța identificării timpurii a dificultăților de limbaj

Nivelul dezvoltării limbajului și comunicării constituie un indicator major al dezvoltării atipice și unul dintre primele semne ale posibilelor tulburări de dezvoltare. Deși primele cuvinte apar tipic între 12–15 luni, evaluările complexe sunt adesea amânate până la 18–24 luni, ceea ce subliniază necesitatea identificării copiilor cu risc înainte de apariția limbajului verbal (Salley et al., 2020). Copiii care prezintă întârziere doar în utilizarea cuvintelor adeseori recuperează întârzierea de la sine, în timp ce copiii care prezintă întârziere și în cadrul altor predictori prezintă tendința de a avea probleme persistente, de unde apare nevoia evaluării predictorilor limbajului cât mai timpuriu.

Tulburarea de dezvoltare a limbajului (DC:0–5) necesită diagnostic diferențial cu dizabilitatea auditivă. Aceasta se caracterizează prin întârzieri semnificative în comunicarea expresivă și/sau receptivă, fără a fi explicate prin deficite senzoriale, afecțiuni medicale/neurologice sau alte tulburări neurodezvoltative. Etiologia este adesea necunoscută, iar prezentările clinice sunt variabile, de la dificultăți de articulare la deficite în înțelegerea limbajului.

Tulburarea poate fi asociată cu probleme comportamentale (agresivitate, tantrumuri), retragere socială sau timiditate, iar pe termen lung cu dificultăți de limbaj, comunicare, învățare și adaptare socială. Este necesară diferențierea de tulburările din spectrul autismului (ASD). Diagnosticarea tardivă se corelează cu un prognostic mai puțin favorabil (Zero to Three, 2016).

Evaluarea limbajului

Evaluarea dezvoltării limbajului se realizează în raport cu vârsta, bilingvismul și contextul cultural. Diagnosticul implică analiza istoricului dezvoltării, observația clinică și performanța copilului la testele de limbaj și comunicare.

Etapele dezvoltării limbajului între 0 și 12 luni includ achiziții distincte pentru diferite intervale de vârstă (0–3 luni, 3–6 luni, 6–9 luni, 9–12 luni), fiecare marcând evoluții semnificative în receptivitate și expresivitate.

Tabel 1. ***Primele trei luni ale dezvoltării limbajului***

Repere ale dezvoltării tipice	**Indicatori clinici / Motive de îngrijorare**
privește îngrijitorul / alte persoane	lipsa responsaivității
devine tăcut ca răspuns la sunete (în special la vorbire)	lipsa de sensibilitate față de sunete
plânge diferit atunci când este obosit, îi e foame sau are un disconfort	lipsa conștientizării mediului
zâmbește sau gângurește ca răspuns la zâmbet sau voce	plânsul nu diferă în funcție de oboseală, foame sau disconfort
	probleme la supt / înghițire

Tabel 2. ***Intervalul 3-6 luni în dezvoltarea limbajului***

Repere ale dezvoltării tipice	**Indicatori clinici / Motive de îngrijorare**
fixează privirea pe față	nu își poate centra privirea, este supra-stimulat cu ușurință
răspunde la nume prin orientarea privirii spre voce	lipsa sensibilității față de sunet; nu localizează sursa sunetului / vocea
localizează sursa sunetului / vocea	lipsa conștientizării persoanelor sau obiectelor din mediu
gângurește, râde	

Tabel 3. ***Intervalul 6-9 luni în dezvoltarea limbajului***

Repere ale dezvoltării tipice	**Indicatori clinici / Motive de îngrijorare**
imită vocalizările altora	nu pare să înțeleagă sau să se bucure de recompensa socială a interacțiunii

Repere ale dezvoltării tipice	**Indicatori clinici / Motive de îngrijorare**
îi plac jocurile sociale reciproce, structurate de adult (ex.: cucu-bau)	lipsa conexiunii cu adultul (lipsa contactului vizual, lipsa privirii reciproce, absența schimburilor vocale, lipsa jocurilor sociale reciproce)
vocalizează diferit pentru diferite stări	nu folosește repetiția de silabe sau folosește puține consoane
recunoaște persoane familiare	
imită sunete sau acțiuni familiare	
lalațiune, dublarea silabelor, jocuri vocale cu intonații variate, sunete variate în combinații similare cuvintelor	
plânge când părintele pleacă	
răspunde consistent la vorbirea cu tonalitate joasă și la sunete ambientale	
se întinde să ceară obiecte	

Tabel 4. ***Intervalul 9-12 luni în dezvoltarea limbajului***

Repere ale dezvoltării tipice	**Indicatori clinici / Motive de îngrijorare**
atrage atenția (vocalizare, sunete guturale)	ușor deranjat de sunete care nu sunt deranjante pentru alții
scutură din cap „nu", îndepărtează obiecte nedorite	
face semnul „pa"	
indică clar cerințe; direcționează comportamentul altora (arată obiecte, oferă obiecte adultului, arată cu degetul obiectele dorite)	nu indică clar cererea unui obiect, deși este centrat pe acesta
coordonează acțiuni între obiecte și adulți	nu coordonează acțiuni între obiecte și adulți
imită noi sunete / acțiuni	
demonstrează tipare consistente	lipsa pattern-urilor consistente de silabe repetate

Repere ale dezvoltării tipice	**Indicatori clinici / Motive de îngrijorare**
de silabe repetate; vocalizări asemănătoare cu *ma-ma*, *ta-ta*	
	lipsa răspunsului care indică înțelegerea cuvintelor sau a gesturilor comunicative
	bazare exclusivă pe context pentru înțelegerea limbajului

Evaluarea comunicării în copilăria timpurie

Evaluarea comprehensivă a copiilor mici cu risc sau cu dizabilități include analiza competențelor verbale și preverbal-lingvistice. După Wyly (1997), componentele evaluării comunicării sunt: (1) preverbale: gesturi, semne, direcția privirii, producerea intenționată a sunetelor și (2) verbale: vocalizări, cuvinte, structuri gramaticale, combinații lexicale.

Evaluarea comunicării preverbale

Inventarul intențiilor de comunicare (Communication Intention Inventory, CII, Coggins și Carpenter, 1981) reprezintă un sistem de observare destinat identificării comportamentelor gestuale, vocale și verbale timpurii, considerate fundamentale pentru achiziția ulterioară a abilităților conversaționale. Instrumentul evaluează intenția comunicativă, definită ca urmărirea deliberată a unui scop prin comportamente instrumentale orientate către atingerea acestuia, prin măsurarea frecvenței acțiunilor gestuale și verbale relevante (Coggins și Carpenter, 1981).

În jurul vârstei de 12 luni, sugarii manifestă, în mod tipic, forme intenționate de comunicare, incluzând: căutarea atenției, solicitarea unei acțiuni, solicitarea obiectelor, protestul, recunoașterea, răspunsul comunicativ.

Administrarea și cotarea CII

Evaluarea se realizează în contextul interacțiunii îngrijitor–copil, în timpul jocului liber. Fiecare categorie evaluată este operaționalizată prin comportamente specifice, iar cotarea se bazează pe frecvența apariției acestora. Înregistrarea video a sesiunii permite o analiză detaliată.

Instrumentul este adecvat pentru copiii aflați în stadiile IV–VI ale dezvoltării senzoriomotorii (Piaget), corespunzătoare intervalului de 8–24 luni. Rezultatele oferă un sprijin important în diagnosticul diferențial al întârzierilor de limbaj (ÎDL) și al altor tulburări ce implică dificultăți de comunicare (Austin, 2013).

Scala Comunicării și comportamentului simbolic (Communication and Symbolic Behavior Scales, CSBS, Weatherby & Prizant, 1989, 2001) reprezintă un set de instrumente care evaluează predictorii dezvoltării limbajului și indicatorii evoluției ulterioare a comunicării (Weatherby & Prizant, 1989, 2001).

Cele șapte dimensiuni analizate sunt:

1. utilizarea privirii și exprimarea emoțiilor,
2. utilizarea comunicării,
3. utilizarea gesturilor,
4. utilizarea sunetelor,
5. utilizarea cuvintelor,
6. înțelegerea cuvintelor,
7. utilizarea obiectelor.

Chestionarul este completat de îngrijitorul copilului și este adecvat pentru copiii cu vârste între 6–24 luni. Accesul la instrument este disponibil gratuit online.

Instrucțiuni de cotare

Pentru fiecare dimensiune se calculează un scor total, pe baza căruia se derivă trei scoruri compozite:

- Comunicare (dimensiunile 1, 2, 3),
- Limbaj expresiv (dimensiunile 4, 5),
- Simbolic (dimensiunile 6, 7).

Se obține, de asemenea, un scor total. Normele sunt bazate pe un eșantion amplu de aproximativ 2000 de copii din SUA, iar instrumentul prezintă proprietăți psihometrice solide. Raportul rezultat este inclus în dosarul copilului și utilizat pentru monitorizarea evoluției.

Implicarea familiei este considerată esențială pentru acuratețea evaluării; totuși, se recomandă completarea informațiilor oferite de părinte cu observația directă a profesionistului, pentru a reduce posibilele efecte ale subiectivității.

Evaluarea limbajului și a comunicării verbale

Două exemple de instrumente frecvent utilizate pentru populația vorbitoare de limbă engleză se numără:

- **Scala limbajului receptiv-expresiv emergent** (Receptive–Expressive Emergent Language Scale, REEL-4, Brown, Bzoch & League, 2020), care identifică sugarii și copiii mici cu tulburări de limbaj sau alte dizabilități care afectează dezvoltarea limbajului. Are două subteste (limbaj receptiv și limbaj expresiv), pe baza cărora se poate calcula un total pentru abilitatea de limbaj. Rezultatele sunt obținute prin interviul cu îngrijitorul. Proba nu este adaptată cultural pentru populația română.
- **Inventarul Dezvoltării Comunicării MacArthur-Bates** (MacArthur-Bates Communicative Development Inventories, CDI, ediția a III-a, Fenson et al., 2007, Marchman și Dale, 2023) reprezintă unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare a limbajului și comunicării pentru copii mici și este util specialiștilor în domeniul terapiei tulburărilor de limbaj pentru a dezvolta programe de intervenție în vederea abordării întârzierii în dezvoltarea limbajului. Instrumentul are subscale pentru: Cuvinte și gesturi (intervalul 8-18 luni) și Cuvinte și propoziții (16-30 luni), precum și un instrument de evaluare a vocabularului expresiv și gramaticii pentru intervalul 30-37 luni. Proba este în curs de adaptare pentru populația română.

Câteva dintre strategiile generale utilizate frecvent în prezent în evaluarea limbajului și comunicării timpurii sunt extinderea evaluării limbajului prin includerea interacțiunilor copil–părinte, analiza comportamentelor gestuale utilizate în contextul comunicării, respectiv evaluarea comunicării simbolice.

Bune practici în intervenția timpurie la copiii cu dizabilități auditive

Principiile privind intervenția timpurie au fost dezvoltate și publicate ca urmare a unei conferințe pe această temă (Moeller et al., 2013). Astfel, intervenția timpurie reprezintă o manieră de lucru centrată pe familie (FCEI) pentru copiii cu dizabilități auditive (DA), conform declarației internaționale citată în articolul menționat (Moeller et al., 2013). Principiile reflectă orientări bazate pe dovezi privind accesul, colaborarea, sprijinul familial și profesional, utilizarea tehnologiilor asistive și monitorizarea rezultatelor copilului și familiei.

Principiul 1. Acces precoce, oportun și echitabil la servicii

În conformitate cu acest principiu, screening-ul și confirmarea diagnosticului de dizabilitate auditivă sunt eficiente numai dacă sunt urmate de acces imediat și echitabil la intervenție adecvată. Astfel, autorii (Moeller et al., 2013) menționează ca direcții de implementare a acestui principiu:

1. Programele de screening auditiv neonatal sunt implementate conform celor mai bune practici și includ mecanisme clare de monitorizare a evoluției copiilor.
2. Serviciile de diagnostic se oferă imediat după identificare și sunt realizate de specialiști cu experiență în lucrul cu copii mici.
3. Familiile primesc suport comprehensiv și programe de intervenție timpurie adaptate, pe baza unei alegeri informate.
4. Înscrierea în intervenția timpurie are loc concomitent cu monitorizarea audiologică.
5. Familiile beneficiază de un punct coordonat de acces la serviciile de intervenție timpurie.

6. Serviciile sunt disponibile indiferent de statutul socioeconomic, venit sau localizare geografică.
7. Sunt implementate strategii diverse de educare a familiilor privind importanța urmăririi în timp util.
8. Tranzițiile dintre screening și etapele ulterioare de identificare sunt monitorizate consecvent și prompt.

Principiul 2. Parteneriate familie–furnizor de servicii

Furnizorii colaborează cu familiile pentru dezvoltarea unor parteneriate bazate pe reciprocitate, încredere, respect, comunicare deschisă și responsabilitate comună (Moeller et al., 2013).

În relația cu familia, furnizorii de servicii se străduie să dezvolte o relație colaborativă pentru a:

1. facilita interacțiunile părinte–copil, în locul intervențiilor exclusiv centrate pe copil;
2. aborda preocupările, prioritățile și obiectivele identificate de familie;
3. identifica și valorifica punctele forte ale familiei;
4. susține dreptul familiilor la o viață obișnuită;
5. consolida încrederea și competența părinților în sprijinirea dezvoltării copilului;
6. recunoaște influența potențială a discriminării, opresiunii și stereotipurilor asupra accesului la servicii.

La acest nivel, pentru profesioniști este important să urmărească o serie de responsabilități, printre care se numără:

1. conștientizarea propriilor limite culturale și profesionale și solicitarea suportului când este necesar;
2. recunoașterea diversității interne a grupurilor culturale;
3. adaptarea vizitelor la domiciliu la rutinele familiei;
4. încurajarea implicării familiei pentru rezultate benefice copilului;
5. aplicarea proceselor flexibile și individualizate;
6. folosirea tehnicilor de suport participativ;
7. răspunsul cu empatie și sensibilitate;

8. oferirea de sprijin informațional și emoțional;
9. trimiterea către specialiști atunci când este necesar;
10. demonstrarea grijii și preocupării autentice;
11. tratarea familiilor ca parteneri responsabili și competenți;
12. respectarea sarcinilor convenite;
13. furnizarea informațiilor actualizate și de încredere;
14. ascultarea activă și corelarea preocupărilor familiei cu nevoile reale;
15. sprijinirea optimismului și stabilirea așteptărilor realiste și pozitive;
16. oferirea de intervenții adaptate culturii și structurii fiecărei familii.

Se remarcă importanța dezvoltării de către practicieni a sensibilității culturale și a respectului pentru structura și funcționarea familiei în care are loc intervenția timpurie.

Principiul 3. Alegerea informată și luarea deciziilor

Furnizorii de servicii sprijină familiile în acumularea de cunoștințe și experiențe necesare pentru luarea unor decizii informate, în acord cu drepturile lor legale și cu evoluția copilului (Moeller et al., 2013). Prin urmare:

1. familia deține autoritatea decizională; profesioniștii facilitează exercitarea acesteia.
2. politicile sunt flexibile și susțin diversitatea opțiunilor de comunicare.
3. informațiile furnizate sunt complete, relevante și imparțiale.
4. informațiile privind evaluarea evidențiază riscurile, beneficiile și incertitudinile asociate opțiunilor.
5. familiile sunt informate despre așteptările implicate de diverse abordări.
6. familiile primesc sprijin activ în procesele de decizie.
7. profesioniștii ajută familiile să-și identifice competențele proprii.
8. deciziile sunt adaptate punctelor forte și resurselor familiei.
9. familiile sunt sprijinite în construirea unei viziuni flexibile pentru viitorul copilului.
10. sunt oferite resurse pentru sustinerea deciziilor.

11. alegerea informată este un proces continuu, nu un eveniment singular.
12. familiile sunt educate cu privire la drepturile legale.

Principiul 4. Servicii de sprijin social și emoțional pentru familii

Familiile sunt conectate la rețele formale și informale de sprijin pentru a funcționa eficient în numele copilului cu dizabilitate auditivă (Moeller et al., 2013). Astfel:

1. sunt valorificate parteneriatele profesionale și rețelele comunitare.
2. este recunoscut rolul rețelelor naturale în sănătatea familiei.
3. familiile sunt sprijinite în identificarea resurselor din rețelele lor informale.
4. accesul la o gamă variată de suporturi permite individualizarea intervenției.
5. se promovează practici de reciprocitate pentru consolidarea rețelelor.
6. se facilitează contactul familiei cu comunitatea.
7. este asigurat accesul la sprijin părinte–părinte.
8. sunt sprijinite relațiile dintre familii și adulți cu dizabilități auditive.
9. se oferă suport emoțional membrilor familiei.
10. familiile sunt informate și îndrumate către servicii de sănătate mintală, când și dacă este necesar.

Principiul 5. Interacțiunea familie–copil

Furnizorii de servicii de intervenție terapeutică sprijină familiile în crearea unui mediu optim de învățare a limbajului și comunicării (Moeller et al., 2013). În acest sens, printre rolurile familiei se numără:

1. utilizarea rutinelor zilnice pentru stimularea limbajului;
2. expunere bogată la limbaj în interacțiunile naturale;
3. răspunsul sensibil la inițiativele comunicative ale copilului;
4. oferirea de oportunități variate de comunicare;
5. asigurarea accesibilității modului de comunicare folosit;
6. adaptarea nivelului limbajului la dezvoltarea copilului;
7. învățarea limbajului semnelor, dacă familia optează pentru acesta.

Pe de altă parte, profesioniștii au printre responsabilități:

1. asigurarea fluenței în limbile utilizate de către familie;
2. cunoașterea metodei de comunicare aleasă;
3. promovarea accesibilității în limbaj și comunicare;
4. respectarea deciziilor familiei privind comunicarea;
5. adaptarea interacțiunilor la cultura familiei;
6. folosirea activă a rutinelor și intereselor copilului;
7. aplicarea strategiilor de mentorat;
8. oferirea unui cadru suportiv;
9. aprecierea implicării familiei;
10. promovarea strategiilor de stimulare lingvistică;
11. răspunsul flexibil la nevoile copilului și familiei.

Principiul 6. Utilizarea tehnologiilor asistive

Furnizorii de servicii sunt la curent cu utilizarea tehnologiilor care sprijină dezvoltarea limbajului și comunicării. Astfel, aceștia sprijină familiile în utilizarea dispozitivelor auditive și tehnologiilor vizuale și augmentative și educă la nevoie familiile cu privire la tehnologii educaționale și digitale relevante (Moeller et al., 2013).

De dorit este ca printre responsabilitățile sistemelor de intervenție timpurie să se înscrie:

1. asigurarea accesibilității tuturor abordărilor de comunicare.
2. susținerea opțiunilor familiilor.
3. reevaluarea periodică a adecvării abordărilor utilizate.
4. oferirea accesului la furnizori cu competențe înalte în limbajul semnelor și în dezvoltarea auditiv-verbală.

Principiul 7. Furnizori calificați

Furnizorii de servicii de intervenție timpurie sunt bine pregătiți și dețin abilități specializate pentru a lucra cu copiii cu dizabilități auditive și familiile acestora. În acest sens, aceștia:

1. cunosc competențele necesare pentru lucrul cu familiile.
2. elaborează standarde profesionale clare.
3. asigură accesul la specialiști în intervenția timpurie.

4. oferă formare continuă.
5. aplică metode de intervenție validate științific.
6. beneficiază de supervizare profesională.
7. facilitează accesul la modele lingvistice competente.
8. promovează autoevaluarea profesională (Moeller et al., 2013).

Principiul 8. Colaborarea în echipă

Echipele de intervenție timpurie sunt transdisciplinare și orientate către familie. În cadrul acestora:

1. membrii sunt selectați în funcție de nevoile fiecărei familii.
2. echipa poate include profesioniști, părinți, specialiști în copilărie timpurie și dizabilitate auditivă.
3. pot fi integrați și specialiști suplimentari (ex. kinetoterapeuți).
4. se facilitează contactul cu adulți cu dizabilități auditive ca modele de comunicare și incluziune socială (Moeller et al., 2013).

Membrii echipei sunt preocupați să lucreze interdisciplinar și între agenții, să considere familiile parteneri egali, să adapteze rolurile în funcție de situație și să colaboreze eficient între agenții. Programele de intervenție vor implementa un model transdisciplinar, bazat pe colaborare interinstituțională, solicitarea expertizei externe la nevoie și participare la schimbul internațional de informații (Moeller et al., 2013).

Principiul 9. Monitorizarea progreselor

Furnizorii de servicii terapeutice monitorizează periodic rezultatele copilului și ale familiei. Astfel, aceștia:

1. evaluează dezvoltarea și bunăstarea familiei prin metode autentice și standardizate.
2. ajustează strategiile pe baza evaluărilor.
3. proiectează individual planurile de intervenție.
4. reflectează asupra datelor pentru îmbunătățirea practicii.

Profesioniștii ghidează familiile în reflecția asupra propriilor acțiuni, monitorizează rezultatele și modifică intervențiile, încurajează evaluarea intervențiilor de către familii, respectă principiile dezvoltării tipice și comunică sensibil informațiile dificile (Moeller et al., 2013).

Principiul 10. Monitorizarea programelor

Programele de intervenție timpurie sunt continuu preocupate de evaluarea calității serviciilor și aderența la bunele practici. În acest sens, acestea:

1. utilizează măsuri de asigurare a calității.
2. monitorizează alinierea furnizorilor la principiile de intervenție.
3. documentează rezultatele copiilor, competențele furnizorilor și beneficiile pentru familie.
4. încorporează feedback calitativ din partea părinților.
5. utilizează date continue pentru validarea programului (Moeller et al., 2013).

Aspecte ale intervenției destinate suportului copiilor cu dizabilități auditive

Intervenția în cazul copiilor cu dizabilități auditive implică o echipă multidisciplinară, formată din psihopedagogi specializați în surditate, specialiști în limba semnelor, adulți cu dizabilități auditive care pot servi drept modele, interpreți educaționali, logopezi și audiologi.

În acest context, intervenția timpurie urmărește *optimizarea accesului copilului la sunet și comunicare*. O componentă centrală este introducerea și utilizarea consecventă a mijloacelor tehnologice – aparate auditive, sisteme vibrotactile sau implant cohlear – fiecare adaptat profilului audiologic. Scopul este obținerea unei calități funcționale a percepției auditive care să permită copilului participarea activă la interacțiuni comunicative, activități educaționale și experiențe sociale (Irimeș și Costea-Bărluțiu, 2022).

Dezvoltarea limbajului și comunicării reprezintă o prioritate majoră. Alegerea modului de comunicare – auditiv-verbal, oral, total, simultan sau bazat pe limbajul semnelor – este o decizie complexă care trebuie fundamentată pe evaluări medicale, audiologice, de dezvoltare și lingvistice, dar și pe valorile, resursele și preferințele familiei. Specialiștii au rolul de a sprijini părinții în acest proces, asigurându-se că decizia este informată, realistă și adecvată vârstei și potențialului copilului (Irimeș și Costea-Bărluțiu, 2022).

Intervenția timpurie presupune evaluări regulate ale vorbirii, limbajului și comunicării, realizate de logopezi și specialiști în educația copiilor cu dizabilități auditive. Aceste evaluări oferă informații esențiale despre nivelul de acces auditiv, despre dezvoltarea limbajului receptiv și expresiv, despre utilizarea gesturilor, vocalizărilor și primelor cuvinte, precum și despre modul în care copilul participă la interacțiuni în contexte naturale. Rezultatele sunt integrate într-un plan de intervenție individualizat, elaborat în colaborare cu familia și echipa multidisciplinară (Irimeș și Costea-Bărluțiu, 2022).

Obiectivele pe termen lung ale intervenției se centrează pe adaptarea eficientă la tehnologia asistivă, dezvoltarea continuă a limbajului și comunicării, stimularea abilităților auditive la potențialul maxim, integrarea socială în grupul de vârstă și consolidarea relației de colaborare dintre familie și profesioniști. Părinții sunt considerați parteneri esențiali în proces, iar intervenția se concentrează pe sprijinirea lor în acceptarea diagnosticului, înțelegerea consecințelor acestuia și asumarea unui rol activ în stimularea comunicării copilului.

În practica zilnică, intervențiile includ activități care stimulează atât percepția, cât și producerea limbajului: modelarea vorbirii prin sistemul de amplificare, utilizarea accentuării selective pentru facilitarea înțelegerii, evidențierea caracteristicilor relevante ale mesajului, expunerea la vocabular în contexte multiple și semnificative, folosirea prompturilor vizuale pentru consolidarea înțelegerii și adaptarea curriculumului la nevoile specifice ale copilului. Comunicarea este integrată în activitățile de rutină, în jocurile sociale și în interacțiunile cu copii din grupul de vârstă, copii mai mari și adulți, astfel încât copilul să aibă oportunități constante de a iniția, menține și finaliza schimburi comunicative (Bardige, 2009).

De asemenea, abordările tactil-kinestezice, atunci când sunt necesare, pot sprijini perceperea diferențelor în producerea sunetelor, ritmului și intensității vorbirii. Activitățile dedicate dezvoltării ascultării sunt structurate astfel încât să faciliteze localizarea, discriminarea și interpretarea

sunetelor, inclusiv în contexte naturale, cum ar fi lectura împreună cu părintele sau jocul liber în medii acustic optimizate.

Componenta socio-emoțională este, de asemenea, integrată în intervenție. Copilul este sprijinit să participe la activitățile colective, să inițieze interacțiuni, să dezvolte autonomie în sarcinile zilnice și să își consolideze stima de sine. Activitățile sunt adaptate pentru a-i valorifica interesele și pentru a-l integra în grupul de vârstă, sporindu-i sentimentul de competență și apartenență.

Rolul părinților rămâne central pe tot parcursul intervenției. Aceștia sunt instruiți să utilizeze limbaj descriptiv, să ofere feedback pozitiv, să stimuleze inițiativa copilului și să creeze contexte bogate în comunicare. Sprijinul social pentru părinți – grupuri de suport, rețele de familie, resurse comunitare – contribuie semnificativ la diminuarea stresului și la eficiența programului terapeutic.

În ansamblu, intervenția timpurie incluzivă pentru copiii cu dizabilități auditive urmărește nu doar compensarea deficitului auditiv, ci și maximizarea oportunităților de dezvoltare globală. Prin colaborarea dintre familie și echipa multidisciplinară, prin monitorizarea continuă a progresului și prin adaptarea constantă a strategiilor de intervenție, copilul este sprijinit să dezvolte comunicare funcțională, autonomie și participare activă în medii naturale și educaționale (Winkelstern și Jongsma, 2006).

Mediul în care copilul se află trebuie adaptat astfel încât să fie bine luminat, ușor de scanat vizual, lipsit de distractori inutili și de zgomote ambientale puternice. Jucăriile trebuie să fie vizibile și accesibile, iar membrii familiei poziționați astfel încât copilul să îi poată vedea cu ușurință.

Comunicarea timpurie se bazează, în primul rând, pe elemente nonverbale: expresii faciale, zâmbete, gesturi, mișcări ale corpului sau obiectelor care atrag atenția vizuală a copilului. Atingerea blândă poate fi folosită pentru a obține contact vizual sau pentru a-l reasigura. De asemenea,

indicarea joacă un rol important în direcționarea atenției, iar semnele pot fi introduse lângă obiectele la care se referă pentru a facilita înțelegerea. Este util ca adultul să folosească propoziții scurte și clare, pentru a evita suprasolicitarea vizuală și cognitivă, și să se poziționeze în câmpul vizual al copilului. Mișcările mâinilor sau semnele făcute în raza sa de vedere reduc nevoia de a-i distrage atenția de la activitate. Numele obiectelor, arătarea și semnele asociate trebuie prezentate simultan. Repetarea semnelor, accentuarea lor sau realizarea lor mai aproape de obiect ajută copilul să proceseze și să rețină limbajul.

În cazul copiilor cu implant cohlear, *abilitarea auditiv-verbală* este absolut necesară pentru ca implantul să își atingă potențialul. Operația în sine nu poate asigura dezvoltarea auzului și a limbajului fără o intervenție logopedică susținută și fără implicarea constantă a familiei, care oferă copilului oportunități naturale de interacțiune și stimulare a creierului în perioada timpurie.

Procesul de reabilitare trece prin patru etape fundamentale. Prima este detecția, în care copilul învață să observe și să reacționeze la sunete. În această etapă se folosesc jocuri de condiționare comportamentală cu instrumente muzicale sau jucării sonore introduse treptat. Purtarea implantului pe tot parcursul zilei este esențială. Reacțiile inițiale – oprirea din mișcare, întreruperea vocalizării sau întoarcerea privirii – pot apărea inconstant, ceea ce este firesc la început (Irimeș și Costea-Bărluțiu, 2022).

Următoarea etapă este discriminarea, în care copilul învață să diferențieze între diverse sunete sau onomatopee. Se pot utiliza sunete produse de terapeut sau înregistrate, iar copilul este încurajat să recunoască ce a auzit. Suportul vizual este foarte util în această perioadă. Audiograma ilustrată – „banana sunetelor" – ajută părinții și terapeutul să urmărească ce sunete poate percepe copilul. De asemenea, sunetele Ling, care acoperă întreaga gamă de frecvențe necesare limbajului, sunt folosite pentru a evalua accesul auditiv. În această etapă se introduc jocuri cu animale și sunete din natură (Irimeș și Costea-Bărluțiu, 2022).

Discriminarea se sprijină pe câteva reguli importante: purtarea constantă a implantului, vorbitul aproape de microfon, crearea unui mediu liniștit, folosirea unei voci melodioase, stabilirea atenției mutuale, utilizarea cuvântului „ascultă", pauzele, așteptarea și întrebările care stimulează ascultarea activă. Vocea trebuie să rămână naturală, pentru a încuraja o vorbire firească.

A treia etapă, identificarea, presupune asocierea sunetelor cu obiecte, imagini sau situații. Accentul se mută pe dezvoltarea memoriei auditive, care permite copilului să proceseze treptat cantități mai mari de informație verbală. Primele cuvinte folosite provin din universul copilului: persoane apropiate, jucării preferate, acțiuni familiare. Ordinea în care apar primele cuvinte depinde de vârsta la implantare, de calitatea intervenției timpurii și, mai ales, de gradul în care familia participă la proces. Pe măsură ce vocabularul se extinde, se introduc categorii tematice (mâncare, haine, părți ale corpului, obiecte din casă, verbe, adjective), apoi cântece și poezii. Odată însușite categoriile, copilul poate trece la niveluri tot mai complexe de comunicare (Irimeș și Costea-Bărluțiu, 2022).

Etapa finală este comprehensiunea, care continuă să se dezvolte până în primii ani de școală. Copilul ajunge să înțeleagă și să răspundă la întrebări, iar limbajul receptiv devine suficient de solid încât să permită jocuri de rol și activități simbolice („de-a magazinul", „de-a doctorul", „de-a bucătarul"). Materialele diverse – plastilină, frunze, castane, pietre – oferă numeroase ocazii de conversație. În această perioadă se formează noțiuni precum „deschide", „închide", „umple", „amestecă", „taie", „fierbe" sau „împarte", iar fiecare activitate este discutată verbal. Exercițiile de descriere a imaginilor, obiectelor sau personajelor îi stimulează achiziția lexicală și dezvoltarea logicii narative. Un rol esențial îl are comunicarea continuă în familie: conform cercetărilor, peste 85% din vocabularul copiilor este alcătuit din cuvintele pe care le aud acasă, în mod natural, în interacțiunile zilnice.

Concluzii

Literatura de specialitate analizată în acest capitol subliniază importanța esențială a intervenției timpurii, sistematice și centrate pe familie în susținerea dezvoltării comunicării și limbajului la copiii cu dizabilități auditive. Dovezi empirice convergente arată că identificarea precoce a pierderii de auz, urmată de acces rapid la tehnologii auditive adecvate și la servicii de intervenție timpurie de calitate, are un impact semnificativ asupra achiziției limbajului, competențelor comunicaționale și integrării sociale ulterioare (Moeller, 2000; Wen et al., 2022).

Instrumentele standardizate de evaluare a comunicării preverbale și verbale oferă indicatori predictivi valoroși ai dezvoltării limbajului și permit monitorizarea progresului în contexte naturale de interacțiune, în special prin implicarea activă a părinților (Fenson et al., 2007; Marchman & Dale, 2023). În același timp, cercetările privind comunicarea prelingvistică evidențiază rolul fundamental al intenției comunicative, al gesturilor, al privirii și al schimburilor afective timpurii ca baze ale limbajului.

Modelele contemporane de bună practică accentuează necesitatea unei abordări interdisciplinare și incluzive, în care familia este considerată partener central al echipei de intervenție, iar deciziile privind modalitățile de comunicare sunt individualizate și adaptate profilului copilului (Moeller et al., 2013; Spencer & Marschark, 2010; Sass-Lehrer et al., 2016). Intervențiile eficiente integrează stimularea auditivă, dezvoltarea comunicării gestuale și simbolice, sprijinirea limbajului receptiv și expresiv, precum și consolidarea competențelor socio-emoționale și stimularea dezvoltării cognitive.

În concluzie, dezvoltarea optimă a comunicării și limbajului la copiii cu deficiențe de auz este condiționată de intervenții timpurii bazate pe dovezi științifice, de evaluări continue și de colaborarea strânsă dintre specialiști și familie. Aceste principii constituie fundamentul unor trasee educaționale și terapeutice care pot sprijini dezvoltarea globală a copilului și pot facilita participarea sa deplină în contexte educaționale și sociale diverse.

Bibliografie

Bardige, B. L. S. (2009). *Talk to me, baby!: How you can support young children's language development*. Paul H. Brookes Publishing.

Batliner, G. (2019). Joaca de-a vorbirea cu copiii hipoacuzici. București: Martin Media Group.

Brown, V. L., Bzoch, K. R., & League, R. (2020). *REEL-4: Receptive–Expressive Emergent Language Test–Fourth Edition* (Complete Kit). Pro-Ed.

Coggins, T. E., & Carpenter, R. L. (1981). The Communicative Intention Inventory: A system for observing and coding children's early intentional communication. *Applied Psycholinguistics, 2*(3), 235–251.

Fenson, L., Marchman, V. A., Thal, D. J., Dale, P. S., Reznick, J. S., & Bates, E. (2007). *MacArthur–Bates Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual* (2nd ed.). Paul H. Brookes Publishing Co.

Irimeș, C. L., & Costea-Bărluțiu, C. (2022). *Relația dintre abilitarea lingvistică și resursele de reziliență din cadrul sistemului familial la copiii cu implant cohlear / The relation between the linguistic developmental level and the resilience resources within the familial system in children with cochlear implants*. RRTTLC, 8(2), 20-38.

Joint Committee on Infant Hearing. (2007). Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics, 120,* 898–921.

Joint Committee on Infant Hearing. (2013). Supplement to the JCIH 2007 position statement: Principles and guidelines for intervention after confirmation that a child is deaf or hard of hearing. *Pediatrics,131*(4), e1324–1349.

Marchman, V. A., & Dale, P. S. (2023). *The MacArthur-Bates Communicative Development Inventories: Updates from the CDI Advisory Board*. Frontiers in Psychology, 14, Article 1170303.

Moeller, M. P. (2000). Early intervention and language development in children who are deaf and hard of hearing. *Pediatrics, 106*(3), e43.

Moeller, P., Carr, G., Seaver, L., Stredler-Brown, A., Holzinger, D. (2013). Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard of Hearing: An International Consensus Statement, Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 18:4, 429-445

Nevins, M. E., & Sass-Lehrer, M. (2016). Developing and sustaining exemplary practice through professional learning. In M. Sass-Lehrer (Ed.), *Early intervention for deaf and hard-of-hearing infants, toddlers, and their families: Interdisciplinary perspectives* (pp. 37–64). Oxford University Press.

Salley, B., Brady, N. C., Hoffman, L., & Fleming, K. (2020). Preverbal communication complexity in infants. *Infancy, 25*(1), 4–21.

Sass-Lehrer, M., Moeller, M. P., & Stredler-Brown, A. (2016). What every early intervention professional should know. In M. Sass-Lehrer (Ed.), *Early intervention for deaf and hard-of-hearing infants, toddlers, and their families: Interdisciplinary perspectives* (pp. 3–36). Oxford University Press.

Spencer, P. E., & Marschark, M. (2010). Evidence-Based Practice in Educating Deaf and Hard of Hearing Students. New York: Oxford University Press.

Wen, C., Zhao, X., Li, Y., Yu, Y., Cheng, X., Li, X., Deng, K., Yuan, X., & Huang, L. (2022). A systematic review of newborn and childhood hearing screening around the world: Comparison and quality assessment of guidelines. *BMC Pediatrics, 22*, 160.

Winkelstern, J.A., Jongsma, A.E. (2006). The Early Childhood Education Intervention Treatment Planner, John Wiley & Sons, New Jersey.

Rolul profesorului psihopedagog de la terapii și programe de intervenție în (re)abilitarea auditiv-verbală a copiilor cu dizabilități auditive și asociate

Mihaela Coca

Terapiile și programele de intervenție (TPI) au ca scop formarea capacității de receptare și decodare a stimulilor sonori neverbali și verbali, precum și formarea competențelor de comunicare verbală. TPI sunt realizate de profesorul psihopedagog sub forma activității individuale desfășurate în cabinet.

În prezent, există două opțiuni educaționale pentru copiii cu dizabilități auditive și asociate, având ca scop abilitarea auditiv-verbală: frecventarea unei instituții de învățământ special, în regim de intern sau extern sau integrarea individuală în învățământul obișnuit. Prima opțiune presupune că orele de dimineață sunt predate de un profesor psihopedagog, în învățământul primar și de profesori de specialitate la nivel gimnazial și liceal, iar după amiaza, Terapia Educațională Complexă și Integrată este realizată de un profesor-educator. Terapiile și programele de intervenție (TPI) sunt asigurate de un profesor psihopedagog care lucrează individual cu fiecare elev. În cazul integrării individuale în învățământul obișnuit, elevul poate beneficia de ajutorul unui profesor de sprijin în școala unde învață, iar reabilitarea sa auditiv-verbală poate fi susținută prin Terapiile și programele de intervenție realizate, după orele de curs, de un profesor psihopedagog, în cadrul liceului special, la Centrul de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate. TPI au la bază Planul de inter-

venție personalizată, menit să răspundă cerințelor educaționale speciale și particularităților psihopedagogice ale fiecărui copil.

În cadrul Liceului Tehnologic Special pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca, funcționează Centrul de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate. Obiectivele centrului sunt formarea competențelor de comunicare și de dezvoltare a limbajului verbal, vizând integrarea individuală în învățământul obișnuit și implicarea părinților în procesul de (re)abilitare auditiv-verbală a propriilor copii.

Activitățile desfășurate în cadrul centrului sunt:

- evaluarea nivelului de dezvoltare a auzului și limbajului
- elaborarea planului de intervenție personalizată
- realizarea Terapiilor și programelor de intervenție, cu individualizarea intervenției în funcție de particularitățile copilului
- suportul familial acordat sub forma informării, suportului psihopedagogic pentru fiecare familie, dar și a activităților comune părinți-copii-psihopedagogi.

Rolul profesorului psihopedagog este de a contura profilul auditiv-verbal al copilului și de a individualiza intervenția terapeutică până la personalizarea acesteia pornind de la metodele de reabilitare auditiv-verbală, care au un grad ridicat de eficiență, și până la identificarea activităților preferate ca recompensă. Procesul reabilitării auditiv-verbale debutează cu evaluarea formativă menită să evidențieze abilitățile/capacitățile copilului în ceea ce privește:

- performanța auditivă; înțelegerea limbajului verbal;
- modul de comunicare/exprimare;
- starea pronunției;
- volumul vocabularului.

Evaluarea profilului auditiv-verbal este o activitate complexă, care necesită adaptare în funcție de obiective, fiind menită să pună în evidență ceea ce copilul poate să facă, dar mai ales trebuie realizată respectând cerințele educaționale speciale ale copiilor. În acest scop am conceput un instrument de lucru original, Evaluarea profilului auditiv-verbal.

LICEUL TEHNOLOGIC SPECIAL PENTRU DEFICIENȚI DE AUZ CLUJ-NAPOCA **ANUL ȘCOLAR 2025-2026**
CENTRUL DE SUPORT FAMILIAL ȘI RECUPERARE TIMPURIE
A COPIILOR CU DEFICIENȚE DE AUZ ȘI ASOCIATE
PROFESOR PSIHOPEDAGOG: COCA MIHAELA
DISCIPLINA: TERAPII ȘI PROGRAME DE INTERVENȚIE

EVALUAREA PROFILULUI AUDITIV-VERBAL
PROIECTAREA UNITĂȚII DE EVALUARE

Domenii de intervenție/ Obiective de referință	**Itemi**	**Aprecieri**
1. Stabilirea nivelului de inteligibilitate a pronunției fonemelor separate și a pronunției în cuvânt și în propoziție. 1.1. Să pronunțe corect sunete isolate, după modelul profesorului și independent. 1.2. Să pronunțe corect cuvinte, după modelul profesorului și independent.	1.**Starea Pronunției** (Evaluarea fonematică)	**I. Niveluri de performanță** **5- Excelent –** pronunțarea corectă a fonemelor separate și în vorbirea curentă, inteligibilitate în totalitate, cu folosirea elementelor prozodice ale limbii **4- Foarte bine** – pronunțarea corectă a fonemelor separate și în vorbirea curentă, inteligibilitate cu grad ridicat (aproximativ 80%), cu folosirea elementelor prozodice ale limbii; **3- Bine** – pronunțarea corectă a majorității fonemelor separate și în vorbire curentă, cu folosirea elementelor prozodice ale limbii în proporție de 75%; **2- Mediu** – pronunțarea corectă a vocalelor, precum și a unor foneme consonantice separate și în vorbire, cu excepții precum siflantele „s, z", șuierătoarele „ș, j", vibranta „r", africatele (sunetele compuse) „ce, ci", „ge, gi", „ț" sau alte sunete; **1- Suficient** – pronunțarea inteligibilă a vocalelor și a unor foneme consonantice separat, dar nu și în cuvinte; **0- Insuficient** – pronunțarea defectuoasă a fonemelor, vorbirea neinteligibilă și cu defecte de voce sau stadiul non-verbal.

Domenii de intervenție/ Obiective de referință	Itemi	Aprecieri
2. Stabilirea nivelului dezvoltării limbajului verbal – forma orală. 2.1. Să pronunțe corect foneme, silabe, cuvinte, structuri verbale, după modelul profesorului și independent. 2.2. Să susțină o conversație simplă, pe teme cunoscute, cu persoane cunoscute.	2.**Producția verbală**	**II. Niveluri de performanță** **5- Excelent –** utilizează independent și corect structuri verbale complexe (propoziții, fraze) pentru a comunica; **4- Foarte bine –** utilizează independent propoziții simple pentru a comunica; reproduce propoziții dezvoltate, după model; **3- Bine** – utilizează independent combinații de cuvinte pentru a comunica; reproduce propoziții simple după model; **2- Mediu** – imită două sau trei silabe, după model; produce spontan una sau două silabe; **1- Suficient** – limbaj „alandala"; vocalizări cu gesturi; vocalizări fără gesturi; vocalizări cu câte o consoană („gângurit"); **0- Insuficient** – gesturi, fără emitere de sunete; gesturi, fără emitere de sunete, dar cu mișcarea buzelor; fără gesturi, fără emitere de sunete, dar cu mișcarea buzelor.
3. Stabilirea nivelului de dezvoltare a volumului vocabularului Să denumească imaginile prezentate de psihopedagog.	**3.Volumul vocabularului.**	**III. Niveluri de performanță** **5- Excelent –** vocabularul este bogat, îi permite înțelegerea tuturor situațiilor cotidiene, chiar și a unor situații particulare, precum și înțelegerea sensului denotativ, dar și conotativ; **4- Foarte bine** – vocabularul îi permite înțelegerea majorității situațiilor esențiale; **3- Bine** – vocabularul îi permite înțelegerea a 75% din situațiile esențiale; **2- Mediu** – vocabularul îi permite denumirea obiectelor, ființelor, fenomenelor din mediul înconjurător; **1- Suficient** – vocabularul îi permite denumirea obiectelor, ființelor, fenomenelor din mediul apropiat; **0- Insuficient** – vocabularul conține doar câteva cuvinte.

Domenii de intervenție/ Obiective de referință	Itemi	Aprecieri
4. **Stabilirea nivelului dezvoltării competențelor lexico-grafice**.	**4. Lexia și grafia**	**IV. Niveluri de performanță** **5- Excelent** – redactează texte originale, își exprimă conștient, coerent și argumentat opinia; lectura este expresivă, fluentă, conștientă, nuanțată. **4- Foarte bine** – citește și scrie propoziții simple și dezvoltate; respectă pauzele între cuvinte și pronunță fiecare cuvânt din propoziție, la citire; formulează enunțuri logice și corecte gramatical; demostrează înțelegerea sensului propoziției, respectiv a textului, prin răspunsuri adecvate la întrebări; alcătuiește texte scurte, pornind de la cuvinte date, pe o temă dată; deține o bună tehnică de citire a textelor cu o bună coordonare a respirației, cu accent pe cuvinte, ca sintagme separate; lectura este coerentă, cu respectarea semnelor de punctuație; **3- Bine** – recunoaște, numește și reproduce în scris, cu majuscule, toate literele; descompune/desparte cuvintele în silabe și apoi recompune cuvântul din silabe (prin analiza și sinteza fonetică); citește cuvinte monosilabice și le scrie cu majuscule; citește pe silabe cuvinte bisilabice și trisilabice asociate cu imagini sugestive; citește propoziții simple asociate cu imagini care sugerează subiectul și acțiunea. **2- Mediu** – este familiarizat/ă cu suprafața plană, este orientat/ă sus-jos, stânga-dreapta în spațiul/câmpul paginii; recunoaște, identifică și reproduce literele; realizează asocieri de tipul sunet – literă/ fonem – grafem; asociază litera cu un „cuvânt-cheie” sau cu o imagine; asociază litera cu sunetul corespunzător; își scrie cu majuscule numele, vocalele și câteva consoane; citește global unele cuvinte familiare (numele propriu, „mama”, „apa” etc);

Domenii de intervenție/ Obiective de referință	Itemi	Aprecieri
		1- Suficient – ține o carte ilustrată în mână și o răsfoiește, dând paginile în ordine, urmărește imaginile și cere lămuriri; cere și utilizează creioane colorate, marker sau carioca pentru a „desena" (mâzgălituri); **0- Insuficient** – nu ține cartea ilustrată în mână, ignoră creioanele colorate, creta etc.
5. Determinarea nivelului de performanță în utilizarea abilităților perceptiv – auditive. 5.1. Să reacționeze la sunete neverbale și verbale prezentate pe cale auditivă. 5.2. Să realizeze diferențieri între stimuli neverbali și verbali prezentați auditiv. 5.3. Să identifice stimulii neverbali și verbali prezentați auditiv. 5.4. Să descifreze sensul structurilor verbale prezentate auditiv.	**5. Abilități perceptiv-auditive** 5.1.Detectarea sunetelor neverbale și verbale. 5.2.Diferențierea sunetelor verbale. 5.3.Identificarea și recunoașterea stimulilor verbali. 5.4.Înțelegerea auditivă.	**V. Niveluri de performanță** **5- Excelent –** Înțelege vorbirea pe orice temă, în orice context, cu persoane cunoscute sau necunoscute. **4- Foarte bine –** Înțelege vorbirea, pe teme și în contexte familiare și cu persoane cunoscute **3- Bine –** Identifică stimuli sonori de natură verbală prin asociere cu labiolectura; Identifică stimuli sonori de natura verbală numai pe cale auditivă. **2- Mediu –** Detectează vocea umană; Diferențiază foneme și structuri verbale asociate cu labiolectura; Diferențiază foneme și structuri verbale numai pe cale auditivă **1- Suficient –** Reacționează la stimuli de natură sonoră (tresare, se întoarce, vocalizează); Sesizează, reproduce ritmul; Prezintă refexul de orientare spre sursele sonore; Diferențiază stimuli sonori de natură neverbală; Identifică stimuli sonori de natură neverbală; Diferențiază calitățile stimulilor sonori de natură neverbală (timbrul, intensitatea, înălțimea, direcția). **0- Insuficient** – nu reacționează la stimuli sonori.

Domenii de intervenție/ Obiective de referință	Itemi	Aprecieri
6. Tehnici de modelare comportamentală **-** Autocunoaștere, comunicare adecvată despre sine - Dezvoltarea empatiei și a interesului pentru ceilalți - Managementul comportamentelor indezirabile - Optimizarea motivației pentru învățare - Afirmare personală într-o manieră asertivă - Comportamente prosociale, progrup - Cooperare în cadrul activităților de joc sau învățare	**Funcționalitatea comunicării** **Modalități de relaționare și adecvarea condui**	**VI. Niveluri de performanță** **5- Excelent** – recunoaște, identifică și descrie propriile emoții și ale altora; manifestă empatie față de emoțiile, trăirile sentimentele altor persoane (imaginare- personaje din povești sau reale- colegi, prieteni, membri ai familiei etc); manifestă comportamente pozitive: dorește să ajute persoanele aflate în nevoie; dorește să remedieze un comportament inadecvat și acceptă să învețe tehnici de modelare comportamentală; poate pune în lucru tehnicile de autoreglare învățate; **4- Foarte bine** – se relaționează și interacționează adecvat cu alte persoane (familiare, cunoscute sau necunoscute), susținând o conversație complexă pe teme familiare sau noi; colaborează și comunică verbal cu alte persoane (copii sau adulți pentru rezolvarea unor sarcini); cooperează cu plăcere în timpul activităților de joc și/ sau învățare; identifică nevoia, solicită ajutorul adultului, descriind verbal problema; își poate exprima emoțiile; **3- Bine –** manifestă interes față de alte persoane și se implică în susținerea unei conversații; se relaționează adecvat cu alte persoane, comportament agreabil, politicos sau chiar jucăuș; își identifică emoțiile trăite în diferite contexte, familial sau școlar, dar nu știe să le gestioneze; **2- Mediu –** este dispus/ă să interacționeze și să colaboreze, respectă rolul de emițător/ receptor; utilizează cuvinte pentru a se exprima; își exprimă nevoile și dorințele; **1- Suficient –** urmărește cu privirea vorbitorul (contact vizual); răspunde utilizând gesturi naturale sau afirmații de tipul da/nu; prezintă limbaj ecolalic, repetarea cuvintelor sau frazelor auzite anterior; **0- Insuficient –** explorează cabinetul și se joacă singur/ă, evită privirea psihopedagogului, țipă, se aruncă pe jos, dacă psihopedagogul inițiază interacțiunea sau dacă este contrariat/ă.

Reabilitarea auzului și a vorbirii ia forme particulare și trebuie individualizată în funcție de o serie de factori care influențează rezultatele obținute de copiii protezați (MED-EL, 2024):

- momentul în care s-a realizat protezarea (înainte sau după dobândirea deprinderilor de comunicare verbală);
- vârsta copilului în momentul în care s-a realizat protezarea auditivă și, implicit, perioada de surditate;
- în cazul implantului cohlear, dacă a fost protezat sau nu înainte de implant;
- nivelul de dezvoltare al limbajului verbal, implicit capacitatea de receptare și înțelegere a mesajului verbal;
- nivelul de dezvoltare intelectuală;
- prezența unor alte dizabilități;
- respectarea protezelor auditive (aparate auditive sau implanturi cohleare) și utilizarea acestora pe parcursul zilei
- calitatea serviciilor educaționale și de reabilitare disponibile;
- dinamica familiei, suportul familial, situația socială, factorii de stres;
- opțiunile de comunicare, respectiv opțiunile educaționale;
- gradul de implicare a părinților în reabilitarea auditiv-verbală a copiilor.

Într-un studiu cu titlul „Orientarea școlară și performanța auditiv-verbală a elevilor cu implant cohlear", efectuat pe parcursul anului școlar 2012-2013, participanții la studiu au fost 24 de elevi cu dizabilități auditive și asociate, care beneficiau de serviciile oferite de Liceul Tehnologic Special pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca: școlarizare la nivel primar, gimnazial sau liceal (16 elevi) sau Terapie specifică de compensare în cadrul Centrului de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate pentru elevii integrați individual în învățământul obișnuit (8 elevi). Concluziile studiului au arătat că rezultatele înregistrate sprijină ipoteza conform căreia programele de recuperare auditiv-verbală, care răspund particularităților sociopsihopedagogice ale copiilor/ elevilor cu dizabilități auditive și asociate, mergând

până la individualizarea programului, facilitează dezvoltarea auditiv-verbală a acestor elevi. Acest grad de individualizare a intervenției terapeutice este posibilă atunci când activitatea este organizată individual, în cabinet. În acest context, psihopedagogul are rolul de a cunoaște și a selecta din varietatea de metode, materiale și strategii, pe cele care răspund cerințelor educaționale speciale ale copiilor cu care lucrează.

Pentru individualizarea intervenției de reabilitare auditiv-verbală pot fi utilizate metode, tehnici și dotări variate: Metoda verbotonală, Metoda Meixner, Modelarea video, programe, softuri și aplicații destinate antrenamentului auditiv, SymWriter, planșe în relief, jucării sonore, „abecedarul" Meixner, lecții create de psihopedagog cu ajutorul tehnologiei de simbolizare inteligentă, Metode generale de antrenament auditiv, Camera multisenzorială.

Sistemul verbotonal (Guberina, 2013) este o abordare științifică a ascultării, vorbirii și limbajului, rezultat al cercetărilor teoretice și empirice realizate de academicianul Petar Guberina, fondatorul Policlinicii SUVAG. **Metoda verbotonală MVT** are ca scop dezvoltarea unor bune competențe de comunicare orală, comunicarea și interacțiunea cu persoane care nu au dizabilități auditive sau de vorbire, vizând incluziunea educațională și socială. MVT pornește de la faptul că fiecare organism este sensibil la frecvențele grave. La persoanele cu dizabilitate auditivă, ascultarea poate fi dezvoltată dacă valorificăm conductivitatea corpului și auzul rezidual. În prezent aparatura verbotonală este înlocuită cu succes de implantul cohlear sau de aparatele auditive individuale retroauriculare. Procedurile metodice se bazează pe dezvoltarea percepției și a vorbirii (limbaj receptiv și expresiv) prin intermediul antrenamentului auditiv. Se consideră că auzul și vorbirea sunt procese conectate global. A auzi înseamnă a percepe sunete, a reacționa la informațiile primite, a deveni conștient și a activa întregul corp. Procedurile și tehnicile verbotonale (Dulčić, 2016) utilizate cu succes la copiii cu dizabilități asociate sunt Ritmurile fonetice și Stimularea prin mișcări ale corpului. Ritmurile fonetice sunt un grup de proceduri pedagogice care au la bază ideea că sunetele vorbirii au caracteristici fonetice și acustice pentru care corpul este un instrument al actualizării lor în spațiu. Ritmurile fonetice

includ proceduri precum Stimularea prin mișcarea corpului și Stimularea muzicală. Stimularea prin mișcarea corpului este o tehnică de reabilitare a limbajului și vorbirii care are la bază ideea că macromotricitatea corpului influențează micromotricitatea aparatului fonoarticulator. Astfel, mișcări specifice ale corpului sunt utilizate pentru a produce foneme. De exemplu deschiderea largă a brațelor facilitează emiterea vocalei „a". Stimularea muzicală a fost aleasă pentru reabilitarea vorbirii deoarece se consideră că ritmul și cântatul sunt forme străvechi de exprimare, anterioare vorbirii, vocea cântată fiind prima stimulare sonoră pe care copilul o primește încă de la naștere. Aceste forme sunt mai aproape emoțional de om decât vorbirea. Stimularea muzicală debutează cu jocurile ritmice și continuă cu rimele de grădiniță care facilitează achiziția sunetelor și ritmului vorbirii.

Metoda Meixner (Hodicska, Asbothne Kriston, 2013) a fost experimentată de logopedul și psihologul maghiar Dr. Meixner Ildikó și destinată prevenirii dislexiei și reeducării scris-cititului. Este o metodă logopedică complexă fonetico-analitico-sintetică, vizând emiterea, analiza și sinteza sunetelor. Metoda se aseamănă cu metoda românească, metoda fonetică analitico-sintetică, iar principiile care îi stau la bază permit adaptarea la ritmul și nevoile copiilor cu dizabilități auditive și asociate: 1. Principiul gradației, învățarea în pași mici; 2. Principiul asociației triple fonem (auditiv)- grafem (vizual)- engrama motrică a articulării sunetului (poziția componentelor aparatului fonoarticulator); 3. Principiul prevenirii inhibiției omogene prin predarea la distanță a literelor/ sunetelor asemănătoare (m-n; b-d etc.); 4. Principiul prevenirii și evitării rigidității gândirii prin exersarea multiplă sub formă de joc, cu ilustrații manevrabile și corectarea imediată; 5. Principiul asigurării atmosferei agreabile a activității cu copiii, cu reducerea emoției și a stresului inhibitor, asigurarea motivației pozitive continue, a recompenselor imediate pentru obținerea rezultatelor dorite.

Practica a demonstrat că abecedarul Meixner, în negru, în care literele sunt mai mari, iar pagina nu este foarte încărcată, este mult mai potrivit pentru copiii cu dizabilități auditive și asociate în comparație cu abecedarul color, utilizat în învățământul obișnuit.

SymWriter este un instrument care face posibilă simbolizarea automată. SymWriter susține învățarea și comunicarea prin oferirea posibilității de a crea pe computer documente cu simboluri, jetoane cu imagini, orare cu imagini etc. De asemenea face posibilă scrierea cu simboluri, oferind imediat o imagine care arată înțelesul cuvântului scris, respectiv oferă un feedback privind corectitudinea cu care a fost scris cuvântul. SymWriter utilizează noua „tehnologie simbolizată inteligentă" Widgit, destinată creșterii preciziei simbolizării analizând corectitudinea gramaticală a cuvântului, propoziției, frazei.

Modelarea video (Murray, Noland, 2015) reprezintă o strategie bazată pe învățarea observațională, susținută de noile tehnologii, accesibile azi tuturor, prin intermediul cărora se pot realiza cu ușurință videoclipuri, filmulețe personalizate menite să faciliteze învățarea unor comportamente dezirabile. Sunt descrise trei tipuri de modelare video: modelarea video de bază, auto-modelarea video și modelarea video de tip punct-de vedere.

Jocuri interactive și aplicații au fost concepute pentru a conduce la dezvoltarea capacităților auditive. Acestea urmăresc etapele antrenamentului auditiv: detectarea, diferențierea și identificarea și sunt disponibile în versiuni speciale pentru copii.

Antrenamentul auditiv poate avea forme diferite în funcție de profilul auditiv-verbal al copilului, respectiv obiectivele pe care ni le propunem. În practică, s-au dovedit eficiente trei **Metode generale de antrenament auditiv** (Anca, 2000):

I. Abordarea naturală a conversației este o metodă prin care oferim copilului informația auditivă, cu excluderea informației vizuale, într-un mod natural. De exemplu, în clasă/ grupă/ cabinet, profesorul poate oferi copiilor informații despre cum trebuie să lucreze, fără ca ei să îi vadă fața. Este posibil să fie cerute informații suplimentare, iar profesorul poate să le ofere cu suport vizual, clarificând ceea ce a spus sau reformulând pentru a facilita înțelegerea.

Profesorul dă indicații verbale copilului despre cum să realizeze un obiect mic, cum să facă un puzzle etc. care să semene cu un obiect original. Se dau puține indicații vizuale și gestuale. La sfârșit se compară

cele două obiecte. Modalitatea de realizare a unei astfel de activități este detaliată în Fișa de activitate nr 1.

Părinții pot realiza adevărate „ședințe" de antrenament auditiv, stând alături de copil și vorbind, de exemplu, în timpul unei vizite la Grădina Zoologică sau în timp ce privesc la televizor, gătesc împreună etc.

Utilizarea frazelor familiare poate contribui la creșterea încrederii în sine a copiilor, aceștia fiind „antrenați" să identifice și să înțeleagă rapid unele propoziții frecvent utilizate precum „Cum te cheamă? Unde este aparatul tău? Acum mergem la masă! Vrei la toaletă?" etc.

Fișă de activitate nr. 1

Disciplina: Terapii și programe de intervenție

Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv

Titlul activității: Hai să facem un desen!

Profesor psihopedagog: Mihaela Coca

Obiective:

- formarea și dezvoltarea capacității de receptare a informației auditive, cu excluderea informației vizuale, într-un mod natural.
- formarea și dezvoltarea capacității de identificare și înțelegere a mesajului verbal, oral, fără indicii vizuale
- formarea și dezvoltarea coordonării auditiv-motorii (copilul să asculte cerința și să deseneze obiectele indicate)
- formarea și dezvoltarea capacității de analiză a cerinței (să înțeleagă ce trebuie să deseneze) și executare motorie (desenarea obiectului cerut, în poziția corectă)

Resurse materiale și procedurale: Hârtie și creioane colorate pentru desen.

Metoda de antrenament auditiv: Abordarea naturală a conversației

Etapele activității:

1. Captarea atenției și organizarea activității: copilul primește o foaie de hârtie pe care este desenat un pătrat cu 5 spații: stânga sus, stânga jos, dreapta sus, dreapta jos și un romb în mijloc. Psihopedagogul are o foaie identică.

2. Formularea cerinței: „Azi vom desena împreună. Voi face și eu un desen, vei face și tu un desen la fel ca mine. Începem să desenăm. În partea stângă sus, desenăm un pom/ copac, în stânga jos o minge, în dreapta sus, o mașină, în dreapta jos, o floare, în rombul din mijloc desenăm un copil.” (Figura 1)
3. Executarea desenului.
4. Analiza comparativă a celor două desene, realizate de copil și psihopedagog.
5. Identificarea diferențelor.
6. Exersarea cuvintelor care nu au fost înțelese în cerință, prin exerciții de identificare auditivă.

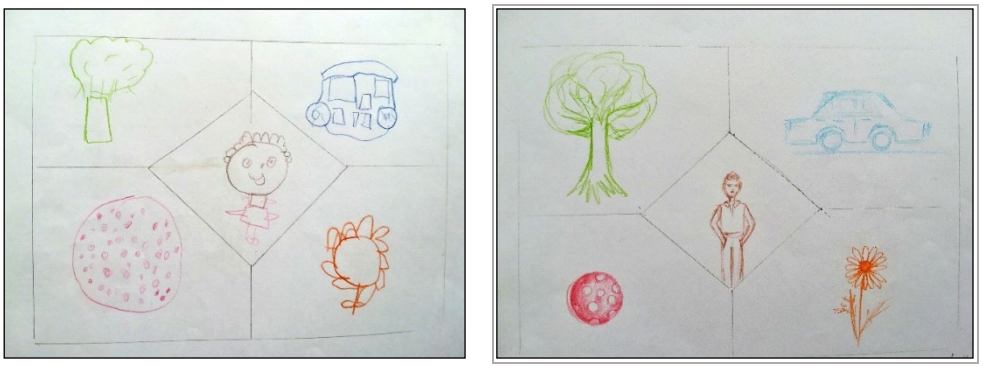


Figura 1

II. Abordarea moderat structurată este o metodă cu o structură mai formală decât abordarea naturală a conversației, bazată pe „experiența poveștii-tabel” (Simmons 1968, 1971, citat de Maria Anca).

Se pornește de la o activitate comună a profesorului și copiilor: o excursie, joaca, mersul la cumpărături, desenatul unui tablou. Pe baza acestei experiențe se alcătuiește o listă de propoziții și cuvinte. Copiii pot participa și sugera cuvintele și propozițiile. Apoi profesorul prezintă, doar pe cale auditivă, itemii setului, iar copiii sunt solicitați să identifice cuvintele și propozițiile. Pentru facilitarea succesului se pot utiliza strategii de clarificare a vorbirii sau se pot da câțiva indici audio-vizuali. Acest tip de activitate este exemplificat în Fișa de activitate nr. 2.

Fișă de activitate nr. 2

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv
Titlul activității: Despre Unicorni
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective:

- formarea și dezvoltarea abilităților conversaționale
- formarea capacității de identificare și înțelegere a mesajului verbal, oral, fără indicii vizuale
- formarea și dezvoltarea capacității de exprimare verbală, în propoziții.

Resurse materiale și procedurale: Hârtie și creioane
Metoda de antrenament auditiv: Abordarea moderat structurată
Etapele lecției:

1. Se pornește de la o activitate comună a profesorului și copiilor: o poveste citită, o excursie, joaca, mersul la cumpărături, un desen făcut împreună.
2. Pe baza acestei experiențe se alcătuiește o listă de propoziții și cuvinte (după modelul din tabelul 1).
3. Copiii pot participa și sugera cuvintele și propozițiile.
4. Apoi profesorul prezintă, doar pe cale auditivă, itemii setului, iar copiii sunt solicitați să identifice cuvintele și propozițiile.
5. Pentru facilitarea succesului se pot utiliza strategii de clarificare a vorbirii sau se pot da câțiva indici audio-vizuali.

Tabelul 1. ***Listă de propoziții și cuvinte***

	Despre Unicorni	
1.	Maria adoră unicornii pentru că sunt ființe magice.	Propoziție lungă
2.	Ea știe că unicornii trăiesc în păduri. Ei stau departe de oameni.	2 propoziții
3.	Nimic (pauza, nu se aude nimic)	Pauza
4.	Codri străvechi	Expresie
5.	Magie	Cuvânt
6.	Frumusețe și puritate	Expresie

III. Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns are ca scop exersarea sarcinilor de ascultare și presupune trecerea prin următoarele faze: detecția, discriminarea, identificarea, înțelegerea stimulilor sonori.

1. Detectarea se referă la capacitatea de a reacționa la stimulii sonori așteptati sau spontani. Unul din obiectivele acestei faze este de a atrage atenția copilului și de a-l orienta spre sarcinile de ascultare, așa cum este exemplificat în Fișa de activitate nr. 3. și în Schița de lecție nr. 1.
2. Discriminarea are ca obiectiv formarea și dezvoltarea capacității de a sesiza diferențele sau similaritățile dintre doi stimuli sonori. (Fișa de activitate 4)
3. Identificarea stimulilor sonori presupune numirea, repetarea onomatopeelor, fonemelor, silabelor, propozițiilor sau frazelor. (Fișa de activitate nr. 5)
4. Înțelegerea auditivă se referă la înțelegerea semnificației stimulilor sonori prezentați. (Fișa de activitate nr. 6)

Fișă de activitate nr. 3

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv
Titlul activității: Detecția stimulilor sonori
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective:

- formarea capacității de detecție, capacitatea de a reacționa la stimulii sonori așteptati sau spontani.
- formarea capacității de receptare a informației auditive, cu excluderea informației vizuale, într-un mod natural.

Resurse materiale și procedurale: jucării sonore, instrumente muzicale
Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns

Etapele stadiului de formare a capacității de detecție a stimulilor sonori:

1. *Atragerea atenției copilului și orientarea spre sarcinile de ascultare*.
2. *Descoperirea lumii sonore*, ordonarea prin etichetarea stimulilor sonori ce vin acum spre el.
3. *Decodificarea semnalelor sonore* prin atribuirea semnificației
4. *Formarea reflexului de orientare spre sursele sonore*: După protezare, cu aparate auditive retroauriculare sau cu implant cohlear, limbajul copilului nu se dezvoltă fără ajutor și copilul nu va începe să vorbească dintr-o dată. El trebuie ajutat să descopere lumea sonoră, să ordoneze și să identifice valul de stimuli sonori pe care îi receptează. Trebuie să învețe să decodifice semnalele sonore, să le atribuie semnificație. În special pentru copiii care nu au experiență auditivă sau dacă sunt foarte mici, părinții pot fi implicați în activitate și, prin intermediul lor, atenția copilului poate fi orientată spre sunetele din mediul înconjurător. Părinții pot mima și ei mirarea întrebandu-se „Ce s-a auzit? De unde vine sunetul?" Astfel se poate stimula și curiozitatea copilului pentru a căuta sursa sonoră.
5. *Reacția la stimuli sonori:* Copilul poate fi antrenat în a experimenta/ produce diferite sunete, având astfel ocazia să le audă. Se pot utiliza jucării sonore, instrumente muzicale etc. Copiii mai mari pot să arate că au auzit și să răspundă la stimuli sonori ridicând mâna sau utilizând „fața zâmbitoare", dar la copiii mici trebuie să formăm deprinderea de a reacționa la stimuli sonori. În acest scop putem folosi multe variante, în funcție de ceea ce i se pare interesant copilului: să pună un cub într-o cutie, să alinieze soldăței de jucărie pe masă, să pună „cărămizi în căruță" etc.

Schiță de lecție nr. 1

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv
Titlul lecției: Detecția stimulilor sonori
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective:

- formarea capacității de detecție și reacție la stimuli sonori neverbali și verbali
- formarea coordonării auditiv-motorii
- formarea comportamentul de răspuns la stimuli sonori

Resurse materiale și procedurale: Instrumente muzicale, jucării, incastre, cuburi de construit
Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul – răspuns
Obiective:

- formarea capacității de detecție și reacție la stimuli sonori
- conștientizarea și gestionarea parametrului coordonare auditiv – motorie.

Detecția și reacția la stimuli sonori. Coordonarea auditiv-motorie		
Obiective	Activitatea	Durată/ Resurse materiale și procedurale:
Varianta I - formarea capacității de detecție și reacție la stimuli sonori neverbali - formarea coordonării auditiv-motorii - formarea comportamentul de răspuns la stimuli sonori	Varianta I - Activitatea poate fi gestionată de psihopedagog împreună cu părintele. - Psihopedagogul produce pentru copil un stimul prima dată vizibil, apoi invizibil. - La fiecare stimul, copilul execută o mișcare (pas, săritură, bătaia din mâini).	Varianta I - 5-10 min - Materiale: instrumente muzicale: clopoțel, flaut etc. - Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns
Varianta II - formarea capacității de detecție și reacție la stimuli sonori neverbali	Varianta II - Activitatea poate fi gestionată de psihopedagog împreună cu părintele. Psihopedagogul produce pentru copil	Varianta II - 5 – 10 min - Materiale: instrumente muzicale, bile și coș, jocuri cu incas-

Detecția și reacția la stimuli sonori. Coordonarea auditiv-motorie		
Obiective	Activitatea	Durată/ Resurse materiale și procedurale:
- formarea coordonării auditiv-motorii - formarea comportamentului de răspuns la stimuli sonori	un stimul prima dată vizibil, apoi invizibil. - La fiecare stimul sonor vocal sau instrumental, copilul trebuie să pună o bilă în coș, să construiască un turn sau incastre, inserând la fiecare stimul un element.	tre, cuburi de construit turnuri etc. - Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns
Varianta III - formarea capacității de detecție și reacție la stimuli sonori neverbali - formarea coordonării auditiv-motorii - formarea comportamentul de răspuns la stimuli sonori	Varianta III - Activitatea poate fi gestionată de psihopedagog împreună cu părintele. Copilul stă la masă. Pe masă sunt puse obiecte reprezentând animale și conturul corespunzător. - Adultul poate să producă un sunet, onomatopee sau să numească animalul. Copilul trebuie să pună „animalul" în contur la fiecare stimul sonor.	Varianta III - 5-10 min – Materiale: animale de plastic (cal, oaie, pisică, elefant etc.) - Contururi reprezentând animalele utilizate. - Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns

Fișă de activitate nr. 4

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv
Titlul activității: Discriminarea stimulilor sonori
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective:

- formarea și dezvoltarea capacității de discriminare: de a sesiza diferențele sau similaritățile dintre doi stimuli sonori
- formarea capacității de receptare și discriminare a informației auditive, cu excluderea informației vizuale, într-un mod natural.

Resurse materiale și procedurale: jucării sonore, instrumente muzicale, softuri educaționale: TARA, LOGOPEDIX, OTICON MEDICAL
Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns
Activități de formare a capacității de discriminare a stimulilor sonori:

1. *Diferențierea și identificarea progresivă a sunetelor neverbale:* Organizarea de jocuri didactice în care pot fi utilizate sunetele produse de:
   – instrumente muzicale,
   – zgomotele produse de mijloacele de transport,
   – sunete din natură (sunetul curgerii apei, al ploii, al tunetului etc.)
2. *Diferențierea calităților auditive*:
   Jocuri-exerciții în care sunt prezentate intuitiv calitățile auditive, urmate de realizarea diferențierii acestor calități:
   – *Timbrul*: recunoașterea sunetelor produse de instrumentele muzicale în funcție de timbrul acestora;
   – *Intensitatea*: diferențierea sunetelor puternice, respective slabe;
   – *Înălțimea*: diferențierea sunetelor emise de instrumentele muzicale cu tonalități diferite;
   – *Direcția*: identificarea direcției sunetului.

Fișă de activitate nr. 5

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv
Titlul activității: Identificarea stimulilor verbali
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective: Formarea capacității de identificare, numirea, repetarea stimulilor rostiți care pot fi discriminați.
Resurse materiale și procedurale:
Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns

Exemple de activități pentru identificarea și înțelegerea stimulilor sonori:

1. *Identificarea auditivă a fonemelor și a structurilor silabice*:

– Exerciții-joc de numire, repetare a onomatopeelor, fonemelor,

– Exerciții de ascultare a fonemelor și a structurilor silabice inițial asociate cu labiolectura,

– Exersarea ascultării pe cale auditivă pentru a orienta atenția asupra audiției, prin eliminarea indicilor vizuali,

– Exerciții de ascultare, însoțite de reproducerea fonemelor și structurilor verbale de către copil.

2. *Identificarea structurilor verbale*.

– Exerciții de discriminare a cuvintelor mono-, bi-, trisilabice însoțită de repetarea cuvintelor de către copil în scopul stabilirii legăturii între „imaginea" auditivă și cea motrică a structurilor fonetice.

– Exersarea ascultării propriei voci în scopul recunoașterii și dobândirii controlului asupra acesteia.

– Recitarea poezioarelor și a cântecelelor simple, repetitive în situații individuale și colective.

– Jocuri cu rime de grădiniță asociate cu mișcări și acțiuni simple (exemplu: legănat, săltat etc.).

Fișă de activitate nr. 6

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Domeniul de intervenție: Antrenament auditiv
Titlul activității: Înțelegerea stimulilor verbali
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective: Formarea capacității de a înțelegere stimulii sonori (înțelegerea sensului stimulilor rostiți), de a înțelege vorbirea și de a-l înțelege pe interlocutor.
Metoda de antrenament auditiv: Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns
Înțelegerea auditivă poate fi stimulată prin activități de tipul:

- Jocuri cu executare de comenzi (executarea acțiunii din propoziția rostită de interlocutor, cu ecranare);
- Exerciții cu sarcini cognitive: clasificări de obiecte, exerciții cu antonime, asociații de cuvinte, completare de propoziții lacunare;
- Lectura unor povești urmată de întrebări legate de cele citite; asocierea propozițiilor cu imaginile corespunzătoare;
- Conversații legate de întamplări / evenimente din viața copiilor; discuții pe baza fotografiilor din albumul de familie sau de la diverse evenimente (ziua de naștere etc.).

Camera de stimulare multisenzorială a fost amenajată în cadrul liceului prin proiectul „O lume nouă veselă pentru fiecare copil cu nevoi speciale", finanțat prin Apelul SINERGII pentru VIITOR – Copii aflați în situații de risc din programul RO10. Sala este structurată după principiile terapiei Snoezelen, care se dorește a fi o terapie non-directivă, concepută să ofere o experiență multi-senzorială, posibilă în aceste spații special amenajate. Terapia cu Snoezelen nu se bazează pe comunicarea verbală și este gândită ca un cadru ce permite experiențierea multisenzorială.

Camera de stimulare multisenzorială constituie o resursă complexă pentru organizarea activităților din cadrul Terapiilor și programelor de intervenție pentru copiii cu dizabilități de auz și asociate, de vârstă antepreșcolară și preșcolară, care beneficiază de programe individualizate de reabilitare auditiv-verbală. Este un cadru propice pentru realizarea unor activități pentru emiterea vocii, antrenament auditiv, stimulare multisenzorială etc., utilizând dispozitivele și materialele din dotarea acestei săli.

Ladder Lights (Scara de lumini) este un panou sensibil la sunet, ale cărui trepte se luminează în funcție de intensitatea sunetului emis. Scara de lumină are zece trepte de diferite culori și mai multe moduri în care aceste trepte se luminează, atunci când producem sunete precum vocalizări sau cântăm. Fiecare emisie vocală este răsplătită cu un joc luminos, fapt care încurajează comunicarea verbală și stimulează copilul să-și exploreze posibilitățile de emitere a vocii. Este un device atractiv vizual pentru copii și este foarte util pentru emiterea vocii. Copiii pot conștientiza relația cauză-efect, scara de lumină aprinzându-se doar consecutiv producerii vocii.

Coloanele cu bule de aer sunt elemente postate pe un podium din lemn pe care copilul poate sta așezat, coloanele fiind destinate focalizării atenției. Utilizarea lor interactivă se face prin intermediul consolei de comandă a culorilor, care este prevăzută cu patru butoane prin intermediul cărora culoarea poate fi schimbată. Sunt posibile combinații de culori prin apăsarea simultană a două butoane, activitate benefică pentru coordonarea ochi-mână.

Peretele magic poate fi descoperit în camera senzorială. **Peretele kinetic** are componente multiple, discuri rotative, forme geometrice, jucării mobile, oglindă etc. Unele elemente se pot mișca și, prin manipulare, copilul poate produce sunete cu obiecte precum clopoțeii. În aceeași zonă descoperim și **panoul de motricitate** a cărui utilizare contribuie la dezvoltarea motricității fine, coordonării ochi-mână, stimularea vizuală și cognitivă.

Instrumente muzicale variate, precum și o colecție de CD-uri cu **înregistrări de sunete** din medii diverse, care pot fi difuzate prin intermediul sistemului audio din dotarea camerei, fac posibilă organizarea unei ședințe de antrenament auditiv pentru dezvoltarea capacității de discriminare a sunetelor și a calității acestora precum timbrul, intensitatea, înălțimea și direcția. De asemenea copilul poate trăi experința descoperirii și manipulării instrumentelor muzicale, precum și a producerii sunetelor cu ajutorul acestora.

Piscina cu bile colorate este un echipament prezent în camera senzorială și care, în afară de faptul că este o sursă de bună dispoziție pentru copii, poate fi locul perfect pentru organizarea unor jocuri ce vizează stimularea vizuală, motrică și cognitivă. Copiii participă cu plăcere la jocuri care se pot desfășura chiar în piscină:

- jocuri de sortare a bilelor în funcție de culoare, numărarea bilelor, aruncarea într-un coș,
- jocul cu culori, în care copilul este solicitat să găsească cât mai multe bile de culoarea preferată
- jocul „de-a magazinul de înghețată”, în care bilele sunt „globuri de înghețată”.

Schiță de lecție nr. 2 – Activități în camera senzorială

Disciplina: Terapii și programe de intervenție
Titlul activității: Stimulare multisenzorială
Profesor psihopedagog: Mihaela Coca
Obiective:

- formarea comportamentului de explorare a mediului apropiat
- formarea capacității de detecție și reacție la stimuli auditivi (sunete), vizuali (culori), tactili (texturi)
- formarea coordonării auditiv-motorii
- formarea și dezvoltarea comportamentului de răspuns adecvat
- stimulare cognitivă

Resurse materiale și procedurale: Camera senzorială, jocuri de explorare

Obiective	Activități	Resurse materiale și procedurale
- Formarea si dezvoltarea capacității de reacție la stimuli externi	- activități de stimulare polisenzorială cu grade diferite de intensitate pentru formarea unei reacții cât mai fine - activități de interacțiune și explorare	- Camera senzorială - Piscina cu bile - Peretele kinetic - Jocuri senzoriale
- Formarea și dezvoltarea capacității de observare și urmărire a stimulilor - Formarea și dezvoltarea capacităților de discriminare și identificare în mediul extern a atributelor perceptive ale obiectelor/ fenomenelor (culoare, formă, mărime, textură)	- construirea și parcurgerea unui traseu cu treceri de înălțime variată și atingerea unor forme cu relief diferit - jocuri de mișcare - exercitii de urmărire implicate în sesizarea mișcării - activități de percepere a asperității, texturii, greutății, formei (pe cale kinestezică)	- Camera senzorială - Setul de dezvoltare a abilităților motorii (obiecte tactile cu diverse culori, texture și forme în relief, pe care se poate călca, bare și platforme de plastic rezistent, conectabile în diferite moduri etc.) - Panoul de motricitate
- Formarea capacităților de discriminare și identificare în mediul extern a atributelor perceptive ale sunetelor	- activități de percepere a sunetelor si zgomotelor (inițial audio-vizual și/sau vibrotactil, apoi doar pe cale auditivă)	- Camera senzorială - Instrumente muzicale - Înregistrări audio cu sunete din medii diverse

Obiective	Activități	Resurse materiale și procedurale
- Formarea comportamentului de căutare	- jocuri de observare, urmărire și căutare a obiectelor sau persoanelor a căror acțiune (stimul sonor) a încetat	- Exersarea sarcinilor specifice stimul-răspuns

În continuare sunt introduse două studii de caz, care prezintă doi elevi cu dizabilități asociate. Ambii elevi au beneficiat de Terapii specifice și de compensare, în condițiile în care primul elev a frecventat o școală specială, iar a doua elevă a fost integrată individual în învățământul de masă.

Studiu de caz nr. 1

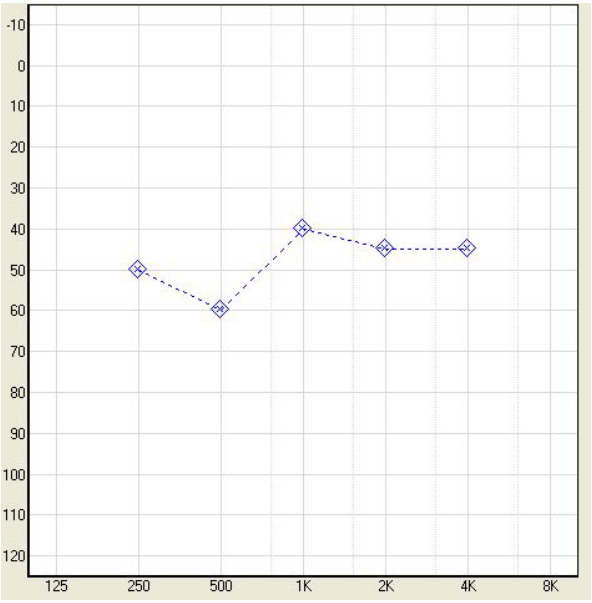
Inițialele copilului: V.I.R
Data și locul nașterii: 23.07.2002
Gen: M
Diagnostic audiologic: Hipoacuzie neurosenzorială profundă bilaterală; implantat cohlear la urechea stângă, cu Opus 2
Alte afecțiuni/ Dizabilități asociate: Cecitate; Encefalopatie sechelară; Retard mental sever; Epilepsie de somn; Autism atipic; Retard al limbajului expresiv; Tulburări de somn
Data realizării implantului cohlear/ vârsta la care a fost protezat: Implantul cohlear a fost realizat în data de 09.07.2009, la Clinica O.R.L din Cluj-Napoca, când copilul avea vârsta cronologică de 7 ani.
Vârsta auditivă (ani, luni): de 7 ani și 7 luni.
Date familiale: Copilul provine dintr-o familie dezbinată prin divorț, din mediul rural. Este în grija mamei (auzitoare), care are studii liceale și este însoțitorul copilului.
Traseul educațional al elevului: V.I.R. a frecventat grădinița din cadrul Liceului pentru Deficienți de Vedere Cluj-Napoca, din 2009. La data realizării studiului de caz, era elev în clasa a VII-a B, clasă specială pentru

copii cu deficiențe senzoriale multiple, din cadrul Liceului pentru Deficienți de Vedere Cluj-Napoca din 2010 și beneficia post-implant de Terapii specifice de compensare cu accent pe antrenamentul auditiv la Liceul Tehnologic Special pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca, Centrul de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate.

Examinări și evaluări

Rezultate școlare: În anul școlar 2016-2017, semestrul I, elevul a avut calificative de „Bine" și „Foarte bine" la disciplinele din programa școlară pentru clasele cu elevi cu dizabilități asociate.

Performanța auditiv-verbală



Audiograma tonală în câmp liber-V.I.R.

Audiograma tonală în câmp liber, cu implantul cohlear, arată un prag auditiv mediu de 47,5 dB.

Deoarece V.I.R. este diagnosticat cu surdocecitate, pentru descrierea performanței auditiv-verbale a elevului s-a recurs la observația directă realizată în timpul ședințelor de Terapii specifice și de compensare, respectiv indirectă, prin culegerea informațiilor de la profesorul psihopedagog care lucrează la clasă.

Elevul este implantat unilateral la urechea stângă. V.I.R. utilizează cu plăcere implantul cohlear, pe toată durata zilei, comportamentul său vocal fiind modificat, manifestându-se prin vocalize, repetarea unor cuvinte etc. Reacționează spontan la zgomote ambientale (de ex. reacționeză la sunetele produse de mașini pe stradă) și la vocea umană fără a i se spune sau cere o reacție. Modalitatea de comunicare în familie și în cadrul Terapiilor specifice de compensare este limbajul oral, iar în cadrul școlii /al clasei comunicarea totală.

Domeniul de intervenție/ Itemi evaluați	**Niveluri de performanță An școlar 2012-2013**	**Niveluri de performanță An școlar 2016-2017**
Comunicare/ Producția verbală	- Cunoaște câteva gesturi învățate cu profesorul psihopedagog care lucrează la clasă, dar după 4-5 întâlniri, nu le mai utilizează în timpul ședințelor de Terapie specifică de compensare, preferând varianta vocalizării. - Vocalizează, fără gesturi în timpul jocurilor în care este solicitat să asculte, să reproducă ritmul etc. - Poate produce o silabă spontan (fără model), de exemplu salută „Pa!", cu gestul de atingere a buzelor cu degetele. - Imită cuvinte cu două silabe (după model) la îndemnul gestual (semnul „spune") al psihopedagogului: mama, tata, masa, ușa etc.	- Comunică verbal cu profesorul psihopedagog, în timpul ședințelor de Terapie specifică de compensare. Este prezentă ecolalia în forma tipică, întrebările fiind repetate, iar, după un timp, este dat și răspunsul la întrebare. - Pronunță, după modelul auditiv prezentat de profesor, foneme, silabe, cuvinte și propoziții scurte. - Răspunde la salut și răspunde la întrebări familiare. - Vocabularul se referă la mediul de viață al elevului: persoane familiare, colegi și profesori, obiecte de îmbrăcăminte, alimente, spațiile locuinței/ școlii, acțiuni și activități zilnice etc.

Domeniul de intervenție/ Itemi evaluați	**Niveluri de performanță An școlar 2012-2013**	**Niveluri de performanță An școlar 2016-2017**
	- Imită imperfect cuvinte trisilabice și încearcă să corecteze pronunția după modelul profesorului. - Este prezentă consoana „C", parazitând cuvintele noi. - Vocabularul este sărac, reducându-se la cuvinte ce denumesc persoanele familiare, părțile corpului, câteva alimente, obiectele din mediul apropiat etc.	
Antrenament auditiv/ Determinarea nivelului de performanță auditivă	- Reacționează la stimuli de natură sonoră (tresare, se întoarce, vocalizează). - Sesizează, reproduce (cu clavele) ritmul după modelul psihopedagogului. - Caută sursa sonoră, la îndemnul profesorului. - Diferențiază stimuli sonori de natură neverbală (sesizează diferența între sunetul acut al trianglului și cel grav al tobei) și încearcă să imite sunetele ascultate, la îndemnul profesorului. - Identifică stimuli sonori de natură neverbală (de exemplu, numește mașina spontan, la auzul sunetelor de pe stradă; numește toba, la cererea profesorului). - Detectează vocea umană și realizează diferențieri. Identifică persoanele cunoscute doar după voce. - Diferențiază foneme și cuvinte numai pe cale auditivă, la îndemnul și cu sprijinul profesorului.	- Identifică vocile persoanelor din familie și din mediul școlar (colegi, profesori, terapeuți etc.) - Identifică stimuli sonori verbali: foneme, silabe, cuvinte, propoziții. - Identifică auditiv cuvinte și le asociază cu reprezentarea lor pe planșa în relief. - Înțelege comenzi și fraze familiare: de exemplu, „Întinde mâna în față și deschide ușa!", „Scaunul este în stânga. Așează haina pe scaun!" etc.

Domeniul de intervenție/ Itemi evaluați	Niveluri de performanță An școlar 2012-2013	Niveluri de performanță An școlar 2016-2017
Activități preferate	- Îi place să se joace cu mingea mare (activitate folosită ca recompensă pentru concentrarea copilului în secvența de atrenament auditiv). - Ascultă cu plăcere muzică clasică. - Îi place să se joace cu jucăriile de pluș (activitate valorificată pentru relaxare și recompensă la finalul activității).	- Îi place să exploreze tactil și să manipuleze obiecte, jucării sonore cum sunt cele din camera multisenzorială. - Îi place să exploreze și să utilizeze bicicleta ergonomică. - Ascultarea muzicii și producerea de sunete cu instrumente muzicale rămân printre activitățile preferate.

Intervenții terapeutice – Terapii și programe de intervenție:

Pentru V.I.R., diagnosticat cu surdocecitate, elev în clasa a VII-a specială pentru elevi cu deficiențe multiple, la Liceul pentru Deficienți de Vedere din Cluj-Napoca, înregistrarea performanței auditiv-verbale s-a realizat pe baza observației directe. Elevul a beneficiat de Terapii specifice de compensare, cu accent pe antrenamentul auditiv, la Liceul Tehnologic Special pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca. Integrarea elevului în învățământul special a permis o abordare individualizată, cu respectarea cerințelor educaționale speciale ale elevului.

Metode, materiale, strategii:

- Învățarea în situații naturale, reale, din rutina zilnică (de exemplu traversarea străzii, la trecerea de pietoni, semaforizată sonor), urmată de evocarea situațiilor în cabinet prin intermediul stimulilor sonori selectați din programe destinate antrenamentului auditiv sau softuri educaționale cum sunt: http://rehabilitation.oticon medical.com, Logopedix etc.
- Folosirea unor proceduri specifice din Metoda Verbotonală: Stimularea prin mișcări ale corpului este o tehnică de reabilitare a limbajului și vorbirii care are la bază ideea că macromotricitatea

corpului influențează micromotricitatea aparatului fonoarticulator. Astfel, mișcări specifice ale corpului sunt utilizate pentru a produce foneme. De exemplu deschiderea largă a brațelor facilitează emiterea vocalei „a". De asemenea, a fost utilizat cu succes „Ritmul fonetic", tehnică ce se bazează pe armonia corpului și stimularea ritmică.

– Asocierea stimulilor sonori și a denumirii obiectelor cu reprezentarea obiectelor pe planșe în relief.

Suport familial:

R. a beneficiat de Terapiile specifice de compensare imediat după primirea implantului cohlear. El frecventa deja Liceul pentru Deficienți de Vedere, dar protezarea cu implant cohlear a necesitat o intervenție terapeutică specifică – antrenamentul auditiv. Mama a participat la activități, ca partener al psihopedagogului și a învățat modalitatea de relaționare, metode și tehnici de recuperare. Pe măsură ce elevul a progresat, prezența mamei la terapie nu a mai fost o necesitate, continuând cu informarea periodică a mamei privind obiectivele terapeutice și performanțele obținute.

Studiu de caz nr. 2

Inițialele copilului: K.A.A.
Data și locul nașterii: 7.02.2007
Gen: F
Diagnostic audiologic: Hipoacuzie neurosenzorială profundă bilaterală; este protezată la ambele urechi cu aparate auditive retroauriculare, Ignite 20 BTE P+.
Alte afecțiuni/ Dizabilități asociate: Miopie forte cu astigmatism; Ambliopie ametropică; Coroidoză miopică; corecție optică cu ochelari. Retard psihic; Retard al limbajului expresiv pe fondul hipoacuziei; Dificultăți de învățare.

Data realizării protezării: Protezarea auditivă fost realizată când copilul avea vârsta cronologică de 2 ani. Corecția optică cu ochelari a fost realizată tot de la vârsta de 2 ani. Conform certificatului medical de la medicul oftalmolog, corecția optică actuală este la nivelul maxim furnizat de fabrică.

Vârsta auditivă (ani, luni): aproximativ 7 ani, dar aparatele nu au fost purtate continuu.

Date familiale: Copilul provine dintr-o familie legal constituită, din mediul rural. Părinții și fratele mai mic sunt auzitori.

Traseul educațional al copilului: K.A.A. a frecventat sporadic grădinița și apoi clasa pregătitoare din cadrul Liceului Tehnologic Special pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca. La data realizării studiului de caz, era elevă în clasa a III-a, la școala gimnazială din comuna unde locuiește și beneficia de Terapii specifice de compensare la Liceul Tehnologic Special pentru Deficienți de Auz Cluj-Napoca, Centrul de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate.

Examinări și evaluări

Rezultate școlare: În anul școlar 2016-2017, semestrul I, a fost promovată cu calificativul „Suficient" la limba română, matematică, științe ale naturii etc. și calificativul „Bine" la religie și abilități practice.

Performanța auditiv-verbală

Rezultatele evaluării auditiv-verbale: **inițiale**, *semestriale*, în anul școlar 2016-2017

Rezultatele evaluării	1. Evaluare fonematică	2. Producția verbală	3. Volumul vocabularului	4. Alcătuire de propoziții	5. Formularea întrebărilor	6. Alcătuirea unei povestiri
Rezultatele evaluării inițiale *Rezultatele evaluării semestriale*	**Suficient – pronunțarea inteligibilă a unor foneme separat, dar nu şi în cuvinte** ***Mediu*** *pronunțarea inteligibilă a fonemelor separate şi în vorbire, mai puțin a grupurilor „che", „chi", „ghe", „ghi";*	**Insuficient vocalizări cu câte o consoană** ***Suficient*** *imitarea a două silabe (după model).*	**Insuficient – vocabularul conține doar câteva cuvinte** ***Suficient*** *vocabularul îi permite denumirea obiectelor, ființelor, fenomenelor din mediul apropiat*	-	-	-
7. Executarea comenzilor	8. Conversația	9. Dictare AV	10. Detectarea stimulilor sonori	11. Diferențierea stimulilor sonori	12. Identificarea și recunoașterea st. sonori	13. Înțelegerea auditivă
Suficient executarea a 3 din 5 comenzi ***Suficient*** *executarea a 3 din 5 comenzi.*	**Insuficient nu poate susține o conversație simplă** ***Insuficient*** *– nu poate susține o conversație simplă*	-	**Foarte bine Detectează vocea umană** ***Foarte bine*** *Detectează vocea umană.*	**Mediu Diferențiază stimuli sonori de natură neverbală** ***Bine*** *Diferențiază calitățile stimulilor sonori de natură neverbală*	**Mediu Identifică stimuli sonori de natură neverbală** ***Bine*** *Identifică stimuli sonori de natură verbală prin asociere cu labiolectura.*	**Mediu Identifică stimuli sonori de natură verbală prin asociere cu labiolectura** ***Mediu*** *Identifică st. sonori de natură verbală prin asociere cu labiolectura.*

Intervenții terapeutice – Terapia specifică și de compensare a vizat:

- antrenamentul auditiv, dezvoltarea capacității de identificare a fonemelor, cuvintelor și propozițiilor pe cale auditivă
- formarea capacității de pronunție corectă; emiterea fonemelor limbii române
- formarea capacității de identificare și denumire la nivelul cuvântului
- formarea desprinderii de exprimare în propoziții simple

Metode, materiale, strategii:

- Metoda verbotonală pentru terapia limbajului și auzului cu accent pe emiterea fonemelor, dezvoltarea limbajului receptiv și expresiv, antrenamentul auditiv.
- Proceduri specifice din Metoda Verbotonală: Stimularea prin mișcarea corporală, Stimulare muzicală.
- Metoda Meixner adaptată; utilizarea abecedarului Meixner, în negru, în care literele au dimensiune mai mare, facilitând citirea, în condițiile în care eleva prezenta miopie forte.
- Crearea unor materiale suport, sub forma unor lecții cu simboluri, cu programul SymWriter, pentru a facilita formarea deprinderilor lexico-grafice; cititul utilizat ca suport vizual în emiterea fonemelor.
- Exersarea scrierii cu SymWriter care face posibilă simbolizarea automată. Aceasta oferă imediat o imagine care arată înțelesul cuvântului, respectiv oferă un feed-back privind corectitudinea cu care a fost scris cuvântul.
- Modelarea video de bază a fost utilizată sub forma unor filmulețe în care psihopedagogul prezintă modelul verbal pentru pronunția sunetelor sau a cuvintelor dintr-o temă dată.
- Jocuri interactive sau aplicații concepute pentru dezvoltarea capacității auditive http://rehabilitation.oticonmedical.com, urmărind etapele antrenamentului auditiv: detectarea, discriminarea și identificarea sunetelor.
- Softuri educaționale: Logopedix etc.

Suportul familial: La debutul terapiei, mama a asistat la ședințele de terapie și a fost sfătuită cum să inițieze și să susțină comunicarea și în mediul familial. Apoi mama a fost informată la sfârșitul fiecărei ședințe despre obiectivele învățării și conținuturile abordate și a primit materiale suport. Suportul familial s-a realizat și în cadrul activităților comune copii-părinți-profesori, activități realizate în cadrul Centrului de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate.

Rolul profesorului psihopedagog ce realizează Terapiile specifice de compensare este complex. Acesta conturează profilul auditiv-verbal al copilului, pornind de la evaluarea formativă, și elaborează planul de intervenție terapeutică, adaptat nevoilor de dezvoltare ale copilului. În același timp psihopedagogul oferă suport familial părinților. La debutul programului de reabilitare auditiv-verbală, unul dintre părinți participă efectiv la activitățile terapeutice pentru a învăța cum să interacționeze cu copilul, pentru a conștientiza care sunt obiectivele învățării și a continua și acasă munca de recuperare. Rolul psihopedagogului este de a furniza părinților informațiile necesare privind metodele, tehnicile și materialele utilizate, de a explica necesitatea și eficiența acestora, de a-i sprijini pe părinți pentru a continua aplicarea celor învățate și în mediul familial. De asemenea psihopedagogul trebuie să fie pregătit pentru a oferi informații privind opțiunile de protezare, clinicile unde se realizează implantul cohlear, opțiunile educaționale, prevederile legislative pentru copiii cu dizabilități etc. Pe măsură ce copilul dobândește autonomie și este capabil să participe neînsoțit la terapie, majoritatea părinților preferă să se retragă. La sfârșitul fiecărei ședințe, psihopedagogul informează părinții despre conținuturile abordate și le oferă materiale suport (de exemplu, înregistrări ale exercițiilor pentru antrenament foniatric, documente pdf cu lecția redactată cu programul SymWriter etc.). Suportul familial este completat și cu activități comune copii-părinți-psihopedagogi la care participă toți copiii și părinții, care frecventează Centrul de Suport Familial și Recuperare Timpurie a Copiilor cu Deficiențe de Auz și Asociate. Obiectivul principal este ca părinții să conștientizeze rolul lor.

Implicarea și suportul permanent al familiei, care valorifică situațiile naturale și activitățile cotidiene pentru a dezvolta capacitățile lingvistice și auditive ale copiilor, fac posibilă recuperarea și integrarea socială a acestor copii.

Pentru copiii integrați în învățământul de masă, profesorului psihopedagog de la TPI îi revine și rolul de a face legătura între obiectivele intervenției terapeutice specializate și activitățile educative desfășurate în învățământul obișnuit, de a forma capacitățile necesare pentru obținerea succesului școlar în învățământul obișnuit.

În acest context, rolul și valențele formative ale școlii speciale trebuie reconsiderate. De asemenea, orientarea școlară nu trebuie privită ca o decizie rigidă și imuabilă. Oricând, pe parcursul perioadei de școlarizare, atunci când se constată un progres sau un regres, este posibil transferul din școala obișnuită în școala specială sau invers, urmărindu-se alegerea variantei educaționale optime pentru elev. Învățământul special, prin resursele sale umane, dar și prin resursele materiale și procedurale, prin programul educațional, reprezintă o variantă educațională adaptată cerințelor educaționale speciale ale copiilor cu dizabilități asociate.

Bibliografie

1. Anca, M., (2000). Intervenții psihopedagogice în antrenarea funcțiilor auditiv verbale, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitara Clujeană.
2. Dulčić, A., (2016). Verbotonal education, suport de curs, Policlinica SUVAG, Zagreb.
3. Dulčić, A., (2016). Verbotonal theory – idea of inclusion, Prelegere, Policlinica SUVAG, Zagreb.
4. Guberina, P., (2013). Philosophy of the Verbotonal System, In *The Verbotonal Method*, Publisher ARTRESOR NAKLADA, Co-Publisher POLIKLINICA SUVAG, Croatia, pg. 447-461.
5. Hodicska, Tiborne, Asbothne Kriston, Viktoria, (2013). Ghid metodologic pentru utilizarea abecedarului „Căsuța cu litere și jucării", material adaptat pentru limba română după metoda Meixner", Tîrgu Mureș.
6. Murray, S., Noland, B., (2015). Modelarea video pentru copiii mici cu tulburări din spectrul autist. Ghid practic pentru părinți și specialiști, București: Editura Frontiera.

7. MED-EL, (2024). Accreditation as a Hearing Implant Rehabilitationist: Factorii care influențează rezultatele cu implantul cohlear [Prezentare de curs]. MED-EL Training Program.
8. MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI, PARTEA I, Nr. 520 bis/19.V.2021, Anexa nr. II la Ordinul Ministrului Educației nr. 3702/21.04.2021 MINISTERUL EDUCAȚIEI, Programa școlară pentru disciplina TERAPII ȘI PROGRAME DE INTERVENȚIE, Învățământ special, Clasele pregătitoare – a IV-a, Dizabilități auditive, București, 2021
9. MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI, PARTEA I, Nr. 520 bis/19.V.2021, Anexa nr. II la Ordinul Ministrului Educației nr. 3702/21.04.2021 MINISTERUL EDUCAȚIEI, Programa școlară pentru disciplina TERAPII ȘI PROGRAME DE INTERVENȚIE, Învățământ special, Clasele a V-a – a VIII-a, Dizabilități auditive, București, 2021
10. Ordinul nr. 3975/2022 privind aprobarea Planului-cadru de învățământ pentru grupele de intervenție timpurie organizate pentru copiii cu dizabilități senzoriale/dizabilități senzoriale multiple și a Metodologiei privind acordarea serviciilor de intervenție timpurie pentru grupele de copii cu dizabilități senzoriale/dizabilități senzoriale multiple
11. http://www.dislexic.ro/
12. https://www.medel.com/support/rehabilitation
13. http://rehabilitation.oticonmedical.com
14. https://widgitonline.com/

Aspecte caracteristice ale profilului cognitiv-lingvistic și comportamental al persoanelor cu tulburare din spectrul autismului, dizabilitate intelectuală și dizabilități senzoriale. Folosirea sistemelor de comunicare augmentative și alternative pentru stimularea abilităților de comunicare

Cristina Bălaș-Baconschi

Incidența diagnosticului de tulburări din spectrul autismului și a dizabilității intelectuale la persoanele cu dizabilități senzoriale

Prezența diagnosticului de tulburări din spectrul autismului (TSA) alături de dizabilitatea intelectuală nu este un fapt neobișnuit, existând multe cazuri în care aceste diagnostice coexistă, alături de alte condiții medicale, așa cum afirmă Kinnear și colaboratorii (2020). În momentul în care acestor diagnostice li se adaugă și dizabilități senzoriale, vorbim cu siguranță de un puternic impact asupra abilităților de comunicare. Ca urmare, o bună înțelegere a relațiilor existente între aceste dizabilități este absolut necesară pentru a putea realiza o evaluare a contribuției fiecăreia în cadrul unor analize de cazuri, precum și pentru găsirea celor mai eficiente metode de intervenție.

În ceea ce privește prevalența dizabilităților senzoriale în cazul persoanelor cu TSA și dizabilitate intelectuală, acestea au fost raportate separat. În ceea ce privește adulții cu TSA, două studii recente au menționat prezența cecității/pierderii parțiale de vedere în cazul unui

procent de 12,1%, a surdității/pierderii parțiale de auz în cazul unui procent de 14,1% și a dizabilității fizice în cazul a 24% dintre persoanele investigate (Rydzewska și colab., 2018a). În același context, studiul a scos în evidență prezența cecității/ pierderii parțiale de vedere în cazul a 3,5% copii, a surdității/pierderii parțiale de auz în cazul unui procent de 2,9% copii și a dizabilității fizice în cazul a 10,7% din copiii cu TSA investigați (Rydzewska și colab., 2018b, apud Kinnear și colab., 2020). Studii similare, dar mai reduse ca extindere nu au menționat diferențe semnificative în ceea ce privește auzul periferic în cazul a 37 copii cu TSA înalt funcționali și fără deficite cognitive și neurologice, comparativ cu copiii cu dezvoltare tipică (Gravel și colab., 2006, apud Kinnear și colab., 2020). De asemenea, studiul realizat de Hewitt și colab. (2012) afirmă existența unor dizabilități vizuale în cazul a 9,4%, dizabilități de auz în cazul a 5,7% și dizabilitate fizică în cazul a 6% din 1002 adulți cu TSA, din care 90,3% prezentau și dizabilitate intelectuală. Nu putem însă să afirmăm că aceste studii sunt reprezentative pentru întreaga populație a adulților și copiilor cu TSA.

Există un număr mult mai restrâns de studii care să includă participanți cu dizabilitate intelectuală și autism. Unul dintre acestea se referă la 36 de tineri cu dizabilitate intelectuală și autism, care au fost raportați la 36 tineri cu dizabilitate intelectuală fără autism (Bradley și Bolton, 2006). Studiul menționat prezintă drept rezultate faptul că la un procent de 38,9% din participanții care aveau și autism au fost depistate probleme vizuale comparativ cu un procent 50% din cei fără TSA, iar 13,9% din cei cu TSA prezentau probleme de auz, comparativ cu 19,4% din cei fără TSA.

Rezultatele studiului realizat de Kinnear și colaboratorii (2020) arată o incidență de 10,9% a copiilor și tinerilor și de 11,4% a adulților cu dizabilitate intelectuală, fără TSA care prezintă cecitate sau pierderea parțială a vederii. De asemenea, 1,5% dintre copii și tineri și 5,4% dintre adulții cu TSA care nu au dizabilitate intelectuală prezintă cecitate sau pierderea parțială a vederii. Același studiu include și posibilitatea coexistenței TSA, a dizabilității intelectuale și a celor de auz. Din această

perspectivă, autorii au scos în evidență prezența surdității sau a pierderii parțiale a auzului la 8,5% dintre copiii și tinerii cu dizabilitate intelectuală, fără diagnostic de TSA și la 12,6% dintre adulții din aceeași categorie precum și la 2% dintre copii și tineri cu TSA fără dizabilitate intelectuală, respectiv 9,3% adulți.

Din literatura de specialitate recentă reiese, așa cum s-a demonstrat mai sus, faptul că, în măsura în care se ia în considerare coexistența dizabilității intelectuale și a TSA, dizabilitățile senzoriale sunt în mod evident mai frecvente la persoanele cu TSA, comparativ cu alte persoane, independent de existența dizabilității intelectuale. Conștientizarea acestor aspecte este foarte importantă pentru clinicieni și pentru familii, în vederea identificării timpurii a deficitelor și a includerii acestor persoane în servicii și programe de intervenție adecvate.

De asemenea, trebuie menționat faptul că dizabilitățile senzoriale, dar și cele fizice, în multe situații, au efecte negative asupra comunicării, limitând și mai mult accesul persoanelor cu TSA și dizabilitate intelectuală la o viață cât mai apropiată de normal. Aceste aspecte determină o abordare și mai dificilă din partea clinicienilor, în momentul în care aceștia trebuie să evalueze starea de sănătate, diagnosticul diferențial și să realizeze un management corect al problemelor apărute. Din această cauză, specialiștii trebuie să cunoască foarte bine și să înțeleagă legătura dintre toate aceste dizabilități pentru a se putea elabora intervenții eficiente, strategii și politici sociale coerente.

Evaluarea și diagnosticarea TSA în cazul persoanelor cu dizabilități senzoriale și dizabilitate intelectuală

În pofida existenței unei game variate de instrumente de evaluare pentru tulburările din spectrul autismului, acestea pot să nu se mai dovedească la fel de utile în momentul în care o persoană parcurge un traseu atipic de dezvoltare din cauza unor dizabilități senzoriale, motorii și/sau intelectuale (de Vaan și colab., 2016). Numeroase studii (Cass, 1998; Hobson, Lee și Brown, 1999, apud de Vaan și colab., 2016) au scos în

evidență faptul că multe dintre comportamentele prezente în cazul TSA sunt decelabile și în cazul unor persoane cu dizabilități vizuale și, de asemenea a unor persoane cu dizabilități de auz (Knoors și Vervloed, 2011, apud de Vaan și colab., 2016). Comportamentele menționate sunt prezente și în cazul unor persoane cu dizabilitate intelectuală, așa cum menționează Matson și Shoemaker (2009), și, de asemenea, în cazul persoanelor cu dizabilități asociate și multiple (Knoors și Marschark, 2014). Autorii menționează faptul că persoanele cu dizabilități motorii, senzoriale și intelectuale manifestă multiple comportamente care sunt asemănătoare cu simptomele tulburărilor din spectrul autismului, dar ele reflectă alte cauze subiacente; ele pot fi determinate de respectivele dizabilități și nu de TSA. Ca urmare, există multe situații în care TSA este diagnosticat atât excesiv, cât și insuficient în cazul persoanelor cu dizabilități multiple, ducând deseori la confuzii și la o abordare inadecvată. Putem să ne gândim și la un exemplu ilustrat de Hoevenaars-Van den Boom și colab. (2009), în care contactul vizual este absent la persoanele cu cecitate, dar aceste persoane pot fi interesate de prezența altora, spre deosebire de unele persoane cu TSA.

Instrumentele de evaluare folosite pentru TSA investighează doar simptomele și nu cauzele care au dus la apariția acestora. Ca urmare, itemii pot avea uneori o validitate scăzută pentru evaluarea TSA la copiii cu dizabilități senzoriale și intelectuale, acest fapt bazându-se pe câteva criterii legate de comportamentele dezadaptative ale copiilor cu dizabilități senzoriale (Knoors și Marschark, 2014).

1. Unul dintre acestea este legat de absența unui anumit comportament ca și consecință directă a unei dizabilități senzoriale, de exemplu, faptul că urmărirea privirii este imposibilă pentru persoanele cu cecitate și manifestarea unei reacții la sunet și limbaj oral pentru persoanele cu surditate.
2. În al doilea rând, comportamentul poate fi cauzat de efectele pe termen lung ale dizabilității senzoriale, de exemplu tulburările de limbaj la persoanele cu surditate și comportamentele neobișnuite la persoanele cu cecitate.

3. În al treilea rând, comportamentul poate fi o caracteristică ce se dezvoltă cu un ritm diferit, mai lent, la persoanele cu dizabilitate senzorială. De exemplu, *theory of mind*, abilitate care se dezvoltă cu întârziere la copiii cu cecitate sau surditate.
4. De asemenea, este posibil ca un anumit comportament să fie mai degrabă adaptativ pentru persoanele cu dizabilități senzoriale decât tipice pentru TSA. În acest sens, putem găsi ca exemple, posturi neobișnuite ale corpului adoptate pentru a auzi mai bine pe cineva sau pentru a focaliza mai bine și mișcări ale capului pentru a contracara mișcările oculare cauzate de nistagmus.
5. Și în al cincilea rând, comportamentul poate fi folosit în scopuri compensatorii, cum este de exemplu, ecolalia, care pentru un copil cu cecitate, este o expresie a verbalizării prin repetarea unor sintagme sau o verificare a prezenței partenerului de dialog care nu poate fi vizualizat.

Dacă luăm în considerare cele cinci criterii referitoare la itemii cu validitate scăzută, una dintre concluzii este aceea că ei nu pot fi utilizați deoarece comportamentele nu sunt rezultatul tulburărilor din spectrul autismului, ci a deficitelor senzoriale. Itemi din cadrul unor instrumente, cum ar fi „În ce măsură persoana stabilește contact vizual?" sau „În ce măsură persoana răspunde la auzul numelui?" măsoară abilități care nu pot fi puse în evidență în cazul tuturor persoanelor cu dizabilități senzoriale (de Vaan și colab., 2016). Aceeași problemă apare, chiar dacă într-o mai mică măsură, în cazul unor itemi care măsoară urmărirea privirii, indicarea unei direcții, prezentarea și inițierea conversației. În acest context, trebuie să ținem seama și de consecințele indirecte ale dizabilităților senzoriale. Multe dintre persoanele cu surdo-cecitate congenitală de exemplu, nu vorbesc, însă comunică prin intermediul limbajului semnelor, prin imagini sau obiecte, așa cum arată studiile de specialitate. Și de asemenea, tulburările specifice de limbaj din cadrul TSA, de exemplu, ecolalia, în special în cazul în care diagnosticul de TSA este însoțit și de dizabilitate intelectuală, nu apare în contextul acestor

persoane, acest lucru datorându-se faptului că majoritatea dintre ele nu folosesc limbajul pentru comunicare (Lin, 2014).

Ne putem referi și la un alt concept a cărui dezvoltare este intens dezbătută de numeroase studii, și anume la cel de *Theory of Mind* (ToM). Acest construct poate fi prezent la persoanele cu dizabilități vizuale, dar nu poate fi evaluat în același mod ca și pentru persoanele fără aceste dizabilități. Probele consacrate pentru măsurarea ToM, ca de exemplu sarcinile de tipul celor din categoria Sally Ann, utilizează stimuli vizuali pentru evidențierea prezenței abilității legate de ToM. Acești stimuli nu pot fi percepuți însă cu acuratețe de către persoanele cu dizabilități vizuale sau cu cecitate. În ceea ce privește persoanele cu dizabilități de auz, instrucțiunile testului sunt verbale și necesită abilități verbale bune. Mulți copii cu surditate obțin rezultate slabe la sarcinile de tip ToM deoarece au abilități verbale reduse și nu pentru că nu ar avea abilități de tip ToM, așa cum menționează Peterson și colab. (2005).

În afară de aspectele menționate mai sus, există o lipsă a instrumentelor de evaluare și diagnostic care să fie adecvate pentru persoanele cu dizabilități senzoriale și TSA. În majoritatea cazurilor, instrumentele nu sunt constituite pentru a acoperi dizabilitățile combinate, cum este cazul testelor ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) elaborat în 1999 de către Lord și colaboratorii săi, ADI-R (*Autism Diagnostic Interview – Revised*), elaborat în 2003 de către Rutter și colaboratorii săi și ABC (*Autism Behavior Checklist*) elaborat de Krug și colaboratorii în 1980. Deseori, procedurile de testare nu iau în considerare dizabilitățile senzoriale (Tobin și Hill, 2011, apud de Vaan și colab., 2016). În acest context, studiile arată faptul că datorită unei incidențe crescute a simptomelor TSA la persoanele cu dizabilități multiple, chiar și persoanele fără diagnostic de TSA pot să obțină scoruri peste scorurile cut-off ale TSA la aceste instrumente de diagnostic (Dammeyer, 2014, de Vaan și colab., 2018).

Acestea sunt motivele pentru care s-a încercat punerea la punct a unui instrument de diagnostic de observare a autismului la persoanele cu dizabilități senzoriale și intelectuale (OASID, *Observation of Autism in People with Sensory and Intellectual Disabilities*). Scopul acestui instrument

de observație semi-structurat este diagnosticarea corectă a prezenței TSA la persoanele cu dizabilitate intelectuală moderată până la profundă, combinată cu dizabilitate vizuală sau surdo-cecitate (de Vaan și colab., 2016b, apud de Vaan și colab., 2018). OASID nu a fost conceput pentru a înlocui o evaluare psihologică, incluzând interviuri, anamneza pacienților, observația și testarea, ci o resursă complementară pe lângă metodele de evaluare existente.

În cadrul studiului care a urmărit investigarea măsurii în care OASID poate constitui un instrument valid, participanții au fost implicați în realizarea a cinci sarcini în manieră ludică, prin ajustarea nivelului de comunicare și joc abilităților și deficitelor fiecăruia dintre ei. De exemplu, una dintre sarcini a constat dintr-un puzzle cu patru niveluri diferite de dificultate care puteau fi reglate în funcție de abilitățile cognitive și motorii ale participantului. Comunicarea legată de puzzle se realiza prin limbaj oral, limbajul semnelor, limbajul tactil al semnelor sau doar prin prezentarea pieselor de puzzle. Ședința de joc a fost înregistrată făcându-se cotarea unei liste de 40 de itemi. Aceștia puteau fi cotați de la 0 la 2, corespunzător prezenței complete, medii sau absenței caracteristicilor specifice TSA. Toți itemii au fost adaptați nivelului și tipului dizabilității fiecărui participant (de Vaan și colab., 2018). Ca exemplu, putem să includem verificarea măsurii în care participantul răspundea inițierii contactului sau căuta atenția, fie prin contact vizual sau prin mijloace alternative în cazul unui participant cu cecitate (apucarea mâinii cercetătorului sau inițierea dialogului cu acesta).

Scorurile separate au fost adunate pentru a obține un scor total și un scor pentru două scale: „Comportament social și comunicare" și „Comportament repetitiv și stereotip", aceste scale fiind bazate pe domeniile TSA din cadrul DSM-5 (APA, 2013). În conformitate cu criteriile din DSM-5, au fost concepute șapte sub-scale. Primele trei sunt parte a primei scale: „reciprocitate", „comunicare non-verbală", „relații". Următoarele patru fac parte din cea de a doua scală: „comportamente stereotipe și repetitive", „insistența pe similaritate, monotonie", „interese restrânse" și „hiper- sau hipo-reactivitate la inputuri senzoriale". Scorurile ridicate

indică prezența a numeroase comportamente TSA tipice. Aceste criterii de diagnostic au fost transformate în itemi testabili având ca bază itemi existenți din ADOS și O-ADB (*Observation of Characteristics of Autism in Persons with Deafblindness*) (Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009, apud de Vaan și colab., 2018).

În scopul evaluării validității concurente a OASID a fost folosită scala *Pervasive Developmental Disorders in Mental Retardation Scale* (PDD-MRS) elaborată de Krajier și de Bildt în 2005, un chestionar de 12 itemi menit să diagnosticheze TSA sau tulburări pervazive de dezvoltare la persoanele cu dizabilitate intelectuală. De asemenea, s-a folosit în același scop scala *The Childhood Autism Rating Scale-2* (CARS-2), elaborată de Schopler și colab. în 2010. S-au calculat coeficienți de corelație Spearman între scorurile totale la OASID și cele obținute la PDD-MRS și CARS-2. În urma acestor analize, s-a obținut o bună consistență internă a scalelor și o bună validitate concurentă a OASID cu alte două instrumente. Ca urmare, așa cum precizează de Vaan și colab. (2021) rezultatele indică faptul că OASID ar putea fi un instrument util pentru evaluarea comportamentului persoanelor cu dizabilități senzoriale și intelectuale asociate, precum și pentru interpretarea severității simptomelor de TSA la aceste persoane.

Prezența caracteristicilor tulburării din spectrul autismului la persoanele cu surdo-cecitate congenitală și dizabilitate intelectuală

Cercetările ultimelor decenii au arătat faptul că se constată o diagnosticare excesivă a TSA la persoanele cu dizabilități senzoriale, inclusiv cu surdo-cecitate și dizabilitate intelectuală. În cazul surdo-cecității, avem de-a face cu o combinație a două sau mai multe dizabilități senzoriale cu debut timpuriu, iar intervenția concepută pentru copii cu o singură dizabilitate nu este eficientă (Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009).

La persoanele cu surdo-cecitate congenitală, dezvoltarea comunicării și a limbajului este afectată cu precădere, cu toate că și alte arii ale

dezvoltării pot suferi diferite tulburări, cum ar fi cea socio-emoțională (Gense și Gense, 2005, apud Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009), cea cognitivă și cea motorie (Gense și Gense, 2005, apud Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009). Persoanele cu surdo-cecitate prezintă deseori comportamente stereotipe, atipice, comportamente care sunt incluse și în tabloul clinic al persoanelor cu dizabilitate severă sau cu tulburări din spectrul autismului (Hartshorne și colab., 2005). Studiile menționează de asemenea faptul că multe dintre comportamentele caracteristice copiilor cu TSA sunt similare cu cele ale copiilor cu surdo-cecitate care prezintă deseori interacțiune socială deficitară. Inițiativele de relaționare sunt legate mai ales de satisfacerea trebuințelor personale; de asemenea, atenția împărtășită este cel mai adesea absentă, cu toate că aceste persoane sunt uneori capabile să îi implice pe alții în activitățile lor prin metode compensatorii (Jordan, 2005, apud Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009).

Multe dintre comportamentele menționate pot fi rezultatul dependenței de alte persoane pentru a lua inițiative în domeniul social. Așa cum arată studiile, persoanele cu surdo-cecitate se confruntă adesea cu situații de tipul temerilor, deoarece le lipsesc informațiile din mediu pentru a putea interpreta corect acea situație (Knoors și Vervloed, 2003). Pentru a evita aceste contexte de frică, ele pot să se retragă complet din mediul social și din posibile interacțiuni sociale, fapt care, în timp, duce la deprivare socială.

În mod similar cu persoanele cu TSA, cele cu surdo-cecitate prezintă deficite calitative ale comunicării. Este cunoscut faptul că la copiii cu TSA apar dificultăți în folosirea comportamentelor nonverbale, de tipul contactului vizual, a zâmbetului social, a posturii corporale și a expresiilor faciale, dar și dificultăți de percepere și înțelegere a semnalelor nonverbale de comunicare, de tipul gesturilor și al intonației. Pe de altă parte, pentru copiii cu surdo-cecitate, este extrem de dificilă perceperea unor modele adecvate de comportament nonverbal, iar contactul vizual este profund restrâns din cauza dizabilității vizuale, așa cum arată Jordan (2005).

Un alt aspect care este caracteristic copiilor cu TSA și celor cu surdo-cecitate este perceperea fragmentară a comunicării; însă, în cazul celor din urmă, acest fapt se datorează absenței informației vizuale sau auditive și nu faptului că semnalele de comunicare nu sunt percepute sau înțelese. De asemenea, practica clinică arată o întârziere semnificativă sau o absență totală a limbajului oral la unele persoane cu TSA, iar în cazul celor care prezintă abilități sintactice și semantice relativ bine dezvoltate, deseori ele se confruntă cu deficite la abilitățile pragmatice (Frith, 2003 apud Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009).

În cazul persoanelor cu dizabilitate intelectuală, comunicarea este deseori la un nivel pre-lingvistic, fiind folosite doar unele semnale pentru exprimare, iar utilizarea socială a limbajului este de asemenea afectată (Noens, 2004). Dacă ne referim la persoanele cu surdo-cecitate, limbajul oral nu este accesibil din cauza dizabilităților de auz, iar oportunitățile de comunicare sunt prezente în cazul persoanelor care sunt cunoscătoare ale limbajului semnelor (tactil). Și în cazul acestei categorii de persoane cu dizabilități, comunicare se menține pentru o lungă perioadă la nivelul pre-lingvistic, multe dintre ele neputând vreodată să acceseze nivelul simbolic al comunicării, mai ales în cazul unei coexistențe a dizabilității intelectuale.

Dacă luăm în considerare un alt criteriu definitoriu pentru TSA și anume modalitățile restrictive de comportament, interese și activități, natura mișcărilor stereotipe și repetitive este extrem de complexă, iar orice încercare de oprire sau reducere a acestor comportamente este zădărnicită de rezistența la schimbare, aceste comportamente crescând în intensitate în momentul în care apare o inițiativă de interacțiune din partea unei alte persoane, după cum menționează mai multe studii (Gense și Gense, 2005; Frith, 2003 apud Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009). În acest context, persoanele cu surdo-cecitate manifestă comportamente stereotipe și repetitive destul de numeroase, dar odată cu înaintarea în vârstă și cu creșterea numărului de oportunități de comunicare, aceste comportamente vor putea să fie reduse ca intensitate și frecvență (Murdoch, 2000).

Unul dintre studiile de referință pentru acest domeniu, cel realizat de un grup de cercetători de din cadrul unor universități olandeze (de Vaan, Vervloed și colab., 2020), a reușit în bună parte să determine diferențele la nivel comportamental a persoanelor cu surdo-cecitate cu și fără TSA în special în domeniile „deschidere spre noi contacte", „reciprocitate și atenție împărtășită" și „funcții de comunicare". În ceea ce privește domeniile „acceptarea schimbărilor" și „strategiile de rezolvare a problemelor", rezultatele nu au fost suficient de semnificative pentru a demonstra diferențe între cele două categorii. Alte domenii, cum ar fi „comportamentele stereotipe", „explorarea și jocul", nu au fost în măsură să evidențieze diferențe notabile între cele două grupuri. Autorii studiului au putut să concluzioneze faptul că există posibilitatea realizării unei diferențe între persoanele cu surdo-cecitate și TSA și persoanele cu surdo-cecitate fără TSA. Cu toate acestea, există factori care afectează dezvoltarea în cazul persoanelor cu surdo-cecitate și dizabilitate intelectuală severă (Freeman și Groenveld, 2000). De exemplu, privarea senzorială și socială, leziunile cerebrale și dizabilitatea intelectuală afectează comportamentul unei persoane. Acești factori ar putea constitui parțial explicația pentru aspectele similare existente între persoanele cu surdo-cecitate și TSA și persoanele cu surdo-cecitate fără TSA, iar studiul menționat, în care grupurile aveau un nivel asemănător de dizabilitate intelectuală, demonstrează că dizabilitatea intelectuală ar putea constitui una din explicațiile alternative pentru diferențele comportamentale ale celor două grupuri. De aceea, una dintre concluziile care se pot desprinde ar fi aceea că acele comportamente de tip autist sunt mai degrabă provocate de dizabilitatea intelectuală (DI) decât de cecitatea propriu-zisă, iar prezența DI descrește importanța diagnostică a comportamentelor dezadaptative.

Ca urmare, diagnosticul de TSA la persoanele cu surdo-cecitate și DI trebuie să se bazeze pe interacțiunea socială și pe abilitățile de comunicare, iar diferențele sunt la fel de importante ca și similitudinile (de Vaan, Vervloed și colab., 2020). Nu au fost găsite însă diferențe semnificative în ceea ce privește explorarea, jocul și comportamentele de rezolvare a problemelor. După cum menționează unii autori, copiii cu cecitate tind

să petreacă un timp mai îndelungat jucându-se singuri, să prezinte comportamente ludice repetitive și, din cauza absenței vederii, să aibă abilități reduse de imitație (Andrews și Wyver, 2005). Datele statistice din acest domeniu arată că nu putem spune despre comportamentele stereotipe că sunt un indiciu al evaluării diferențiate a TSA în cadrul surdo-cecității. Dar, conform altor studii, comportamentele de inițiere a interacțiunilor ar putea duce șa o creștere a frecvenței comportamentelor stereotipe la persoanele cu TSA din cauza naturii stresante a acestor interacțiuni (Gense și Gense, 2005 apud Hoevenaars-van den Boom și colab., 2009). Pe de altă parte autori ca Murdoch (2000) afirmă că la persoanele cu surdo-cecitate comportamentele stereotipe sunt cauzate de lipsa stimulării, a informației și comunicării sau chiar de o încercare de căutare a proximității fizice.

Un alt aspect care este demn de menționat este faptul că în cadrul studiului menționat mai sus, nivelul jocului nu a fost asociat cu prezența TSA la persoanele cu surdo-cecitate. Este posibil ca nivelurile scăzute ale dezvoltării jocului să fie determinate de DI severă. Ceea ce desigur nu înseamnă că la persoanele cu surdo-cecitate având un nivel moderat la DI sau chiar fără DI, explorarea și jocul nu ar putea constitui comportamente diagnostice potrivite pentru evaluarea prezenței TSA.

Practicienii din domeniul surdo-cecității sunt de părere că TSA este supra-diagnosticat la persoanele cu aceste dizabilități multiple. Din acest motiv, se tinde spre o minimizare a comportamentelor sociale și de comunicare în cadrul evaluărilor din cauza unei suprapuneri la nivelul localizării unor comportamente manifeste, dar cu mecanisme cauzale diferite la persoanele cu surdo-cecitate și cu TSA.

Profilul comportamental și simptomele de tip autist în sindromul CHARGE

Sindromul CHARGE se referă la o coexistență a unor anomalii congenitale multiple, cele mai obișnuite trăsături reflectându-se în acronimul care îi dă numele: Colobom, deficite cardiace (*Heart defects*),

Atresia choanae, creștere și dezvoltare întârziată (*Retarded growth and development*), hipoplazie genitală (*Genital hypoplasia*) și anomalii ale urechii (*Ear abnormalities*). În prezent, după stabilirea fenotipului fizic al sindromului (Smith și colab., 2005), studiile se axează cu precădere pe profilurile de dezvoltare și comportamentale ale persoanelor cu acest sindrom. În acest context, unii autori au lansat ideea unei posibile asocieri a acestui sindrom cu autismul (Fernell și colab., 1999), cu atât mai mult cu cât, și în cazul altor sindroame congenitale (sindromul Möbius, sindromul Joubert, sindromul Smith-Lemli-Opitz) s-au observat trăsături ale TSA, indiferent de nivelul intelectual; aceste aspecte având implicații legate de înțelegerea etiologiei. De exemplu, asocierea cu sindromul Möbius, oferă un suport practic pentru una dintre teoriile etiologice ale TSA și anume cea legată de existența unor leziuni timpurii ale trunchiului cerebral în unele cazuri de autism (Rodier și colab., 1996 apud Smith și colab., 2005).

Unul dintre studiile de referință în acest domeniu este cel realizat de Smith și colab. (2005), studiu care se dorește a fi o radiografie a profilurilor comportamentale asociate sindromului CHARGE, ipoteza de la care au pornit autorii fiind cea conform căreia multe dintre simptomele TSA sunt prezente în acest sindrom. Așa cum se cunoaște deja, evaluarea nivelului de dezvoltare, în special cel al dezvoltării comportamentale la persoanele cu deficite senzoriale multiple este dificilă din cauza unei game insuficiente de instrumente de măsurare. În contextul sindromului CHARGE, vorbim despre dizabilități vizuale și auditive, despre probleme legate de echilibru, probleme de alimentare și ale simțului tactil. Un aspect care este necesar în acest sens este adaptarea unor instrumente de evaluare folosite în cazul TSA pentru persoane care prezintă și simptomatologia caracteristică sindromului CHARGE. O altă problemă care apare este nivelul de dezvoltare cognitivă al copiilor cu sindrom CHARGE, studiile fiind relativ controversate, unii autori susținând existența dizabilității intelectuale ca trăsătură comună a acestor copii (Lin și colab., 1990), iar alții infirmă acest fapt (Blake și Brown, 1993, apud Smith și colab., 2005). Studii mai recente sugerează că o parte din copiii cu

sindrom CHARGE prezintă o funcționare intelectuală conform mediei generale, iar alții prezintă dificultăți de învățare specifice mai curând decât o dizabilitate intelectuală globală (Smith și colab., 2005).

Studiul menționat mai sus a inclus 78 de copii confirmați cu diagnostic de sindrom CHARGE, un număr egal de băieți și de fete, 70% având vârsta sub 5 ani, iar 15% având 13 ani sau mai mult. În scopul evaluării participanților au fost folosite, pe lângă datele obținute din afirmațiile părinților, instrumente standardizate, ca de exemplu *Child Development Inventory* (CDI), un chestionar de 300 de itemi care se cere a fi completat de către părinți și care vizează achizițiile în domeniul dezvoltării în intervalul de vârstă 0–6 ani, *Behavior Assessment System for Children* (BASC), în care sunt oferite informații despre măsura în care anumite comportamente sunt prezente și în ce grad în decursul ultimelor 6 luni, pe intervale de vârstă (2–5 ani, 6–11 ani, 12–18 ani). Din acest instrument derivă Behavioral Symptoms Index, format din două subscale: prima, *The Externalizing Problems Composite* (reflectând dificultățile comportamentale și de conduită), și a doua, *The Internalizing Problems Composite* (axată pe probleme legate de anxietate, dispoziție și simptome somatice). A fost de asemenea folosit *Social Communication Questionnaire* (SCQ), un chestionar adresat părinților, compus din 40 de itemi, menit să identifice copiii care au o probabilitate crescută de a întruni criteriile TSA. În cadrul evaluării s-a utilizat și *Vineland Adaptive Behavior Scales* (*The Interview* ed.) în scopul determinării funcționării adaptative, în domeniul comunicării, al abilităților cotidiene și al socializării, incluzând un domeniu al abilităților motorii pentru copiii sub 6 ani.

Rezultatele menționate de autori se referă la o confirmare a unei game foarte variate de funcționare în rândul copiilor cu sindrom CHARGE (Smith și colab., 2005), majoritatea având limitări ale funcționării adaptative asociate sau nu cu dizabilitatea intelectuală. Pe de altă parte, studiul realizat de Salem-Hartsborne și Jacob (2005) a demonstrat importanța abilităților motorii grosiere (mai ales a vârstei de achiziție a mersului) și a dizabilităților senzoriale ca factori predictivi ai funcționării adaptative la copiii cu sindrom CHARGE. Au fost de asemenea notate

scoruri mai scăzute la scalele vizând abilitățile de viață cotidiană, aspect care este tipic pentru persoanele cu TSA. Au fost de asemenea puse în evidență comportamente dezadaptative care sunt comune celor prezente în TSA. Evaluarea prezenței TSA la copiii cu dizabilități senzoriale și probleme multiple de dezvoltare este deosebit de complexă. Cu toate că unele cercetări sugerează faptul că scorurile de peste 15 în cadrul SCQ sunt asociate cu o probabilitate mare de diagnosticare a TSA, în cazul copiilor nonverbali sunt așteptate scoruri mai scăzute deoarece anomaliile limbajului caracteristice în TSA sunt foarte dificil de evaluat (Berument și colab., 1999, apud Smith și colab., 2005). Cu toate problemele legate de evaluare, s-a constatat faptul că majoritatea participanților cu sindrom CHARGE au prezentat simptome clinic semnificative asociate cu TSA. Rezultate similare au fost obținute în contextul unor alte sindroame developmentale, dar sunt necesare date pentru a se realiza comparații între aceste sindroame. De maximă importanță sunt informațiile despre comportamentul copiilor cu limitări senzoriale sau fizice, în momentul în care aceste limitări afectează abilitatea de evaluare a simptomelor autiste.

Între sindromul CHARGE și TSA poate să existe o comorbiditate aleatorie, dar poate fi determinată și de gradul de afectare a sistemului nervos central (cu cât afectarea este mai mare, cu atât este mai posibilă prezența simptomelor autiste). Există și posibilitatea ca acele persoane cu anomalii specifice ale nervilor cranieni din cadrul sindromului CHARGE sunt cele care prezintă cel mai mare risc de a avea TSA. În mod sigur există puternice implicații ale legăturii dintre aceste tulburări la nivel biologic și neuropsihologic, iar scoaterea în evidență a acestor asocieri este cu atât mai importantă cu cât ele pot contribui la o mai bună abordare terapeutică, la o mai atentă asistență acordată familiilor și la construirea unor programe de intervenție individualizate (Smith și colab., 2005). În susținerea acestui punct de vedere vin și observațiile lui Roper și colab. (2003) care se referă la faptul că intervenția și programele educaționale pentru copiii cu surditate și TSA diferă mult de cele adecvate copiilor care prezintă doar dizabilități de auz. De asemenea, un punct de vedere ușor

diferit este oferit de Lewis și Lowther (2001) care se referă la interpretarea unora dintre comportamentele copiilor cu sindrom CHARGE. Ei atribuie dificultățile de relaționare socială istoricului medical al copiilor și perioadelor lungi de spitalizare. Cu siguranță, acești factori sunt importanți, iar implicațiile terapeutice care derivă din aceștia duc la necesitatea unei aprofundări a înțelegerii caracteristicilor de dezvoltare și comportamentale ale copiilor cu sindrom CHARGE, precum și a asocierii acestora cu simptomatologia complexă a tulburărilor din spectrul autismului.

Folosirea sistemelor de comunicare augmentative și alternative (CAA) la persoanele cu TSA, dizabilitate intelectuală și dizabilități senzoriale

Un mare număr de cercetări din ultimele decenii demonstrează faptul că sistemele de comunicare augmentativă și alternativă pot avea efecte pozitive asupra comunicării, participării, abilităților de inițiere, a funcțiilor de comunicare de tipul solicitării și argumentării, asupra achiziției vocabularului expresiv și receptiv, a dezvoltării narative, asupra lungimii și complexității mesajelor exprimate, asupra achiziției conștiinței fonologice și a abilităților de citire și asupra eficienței generale a comunicării (Light și McNaughton, 2014). De asemenea, s-a dovedit faptul că intervențiile bazate pe CAA nu stau în calea producerii și recuperării limbajului verbal; dimpotrivă, acestea potențează frecvența și inteligibilitatea producției verbale (Hanson și colab., 2013). În strânsă legătură cu aspectele menționate, studiile au arătat că introducerea modalităților de intervenție bazate pe CAA determină o reducere a comportamentelor dezadaptative, stimulează comportamentele de implicare în sarcină și realizează o tranziție mai bună între diferite tipuri de activități (Walker și Snell, 2013, apud Light și McNaughton, 2014). Un aspect care are, de asemenea, o mare importanță este cel legat de facilitarea accesului și a participării la diferite experiențe de viață, în comunitate, la educație și pe piața muncii, adică o creștere generală a calității vieții (Chung și Carter, 2013, apud Light și McNaughton, 2014).

Comunicarea augmentativă și alternativă se referă și la mijloacele de comunicare menite să înlocuiască limbajul oral și/sau scris atunci când acestea sunt afectate sau să contribuie la o mai bună folosire a acestora. Comunicarea augmentativă reprezintă folosirea unor metode în scopul însoțirii unui limbaj cu diferite deficite în scopul transmiterii și înțelegerii unui mesaj, iar comunicarea alternativă este legată de metodele folosite în scopul înlocuirii limbajului oral sau/și scris în cazul în care acesta nu poate fi produs (Simion, 2014). Intervenția bazată pe CAA este, conform ASHA (American Speech-Language-Hearing Association, 1991, apud Simion, 2014), multi-modală, adresându-se abilității de comunicare globală a persoanei, incluzând orice vorbire reziduală, vocaliză, gest, semne sau alte mijloace care susțin comunicarea.

Odată cu creșterea incidenței persoanelor cu probleme complexe de comunicare, în ultima perioadă s-a constatat și o schimbare de optică în rândul specialiștilor, intervenția cu ajutorul sistemelor de comunicare augmentativă și alternativă nu mai este percepută ca o soluție de salvare pentru persoanele nonverbale sau cu abilități verbale limitate, la care intervențiile tradiționale nu au avut efect, ci mai degrabă ca o intervenție benefică pentru cei care prezintă un risc în privința dezvoltării vorbirii și limbajului (Romski și colab., 2010 apud Light și McNaughton, 2014), cei care se bazează pe limbaj, dar necesită metode augmentative pentru a spori inteligibilitatea, pentru cei care au suferit un accident sau o leziune cerebrală traumatică și se află în curs de recuperare (Petroi și colab., 2014) sau pentru cei care se confruntă cu anumite procese degenerative care au ca rezultat pierderea abilităților de vorbire și de limbaj (Fried-Oken și colab., 2012, apud Light și McNaughton, 2014). Aceste intervenții sunt adresate atât abilităților motorii, senzorial-perceptive și cognitive ale persoanelor care au nevoie de sisteme de tip CAA, cât și mediilor culturale și lingvistice din care acestea provin (Soto și Yu, 2014).

În situația unor persoane cu dizabilități multiple, incluzând TSA, apar deseori dificultăți de accesare a nivelului meta-reprezentărilor, iar în cazul prezenței unei dizabilități intelectuale asociate, până și tranzițiile de la senzație la prezentare și apoi la reprezentare nu se realizează

întotdeauna în mod corespunzător, așa cum menționează Noens și Van Berckelaer-Onnes (2004). Autorii menționați au precizat importanța determinării nivelului de înțelegere a semnificației pentru intervențiile individualizate.

Ca urmare, a fost conceput un instrument clinic pentru a obține indicații punctuale ale intervențiilor individualizate în domeniul comunicării, în special al comunicării augmentative – ComFor. Acesta ar putea oferi răspunsuri la întrebări care vizează care este cea mai potrivită formă de comunicare augmentativă și la ce nivel al înțelegerii semnificației pot fi alese metodele propuse.

Noens și colab. (2006) afirmă faptul că pot fi distinse patru nivele ale înțelegerii semnificației: senzație, prezentare, reprezentare și meta-reprezentare. La nivelul senzației, experiențele senzoriale sunt de natură pivotală, nefiind vorba de semnificație funcțională sau referențială. La nivelul prezentării, informația este percepută în context concret. Persoana înțelege semnificații funcționale. Nivelul reprezentării este atins în cazul în care sunt prezente abilități referențiale sau simbolice. Aceasta implică un grad de conștientizare a diferenței dintre referință și simbol. La nivelul meta-reprezentării, este vorba despre semnificații desprinse de prima reprezentare. Aceste patru niveluri sunt corespunzătoare stadiilor de dezvoltare. Măsura în care o persoană are abilitățile necesare pentru a înțelege semnificațiile experiențelor depinde de nivelul de dezvoltare, de situația specifică și de contextul mai vast în care se petrec evenimentele. De exemplu, pentru un bebeluș, cafeaua produsă de aparat va însemna doar o senzație de tip olfactiv/auditiv, iar pentru un adult, aceeași experiență senzorială poate evoca reprezentarea unei perioade de relaxare cu savurarea unei cafele (Noens, van Berckelaer-Onnes, 2008).

Com-For măsoară percepția și înțelegerea semnificației doar la nivelurile de prezentare și de reprezentare. La nivelul prezentării, obiectele identice sau imaginile trebuie să fie clasificate în funcție de formă, culoare, substanță și dimensiune. Înțelegerea semnificației dincolo de aceste caracteristici perceptibile nu este necesară pentru a obține soluția corectă. Sarcinile din cadrul probei pot fi rezolvate pe baza

procesării informației. La nivelul reprezentării, obiectele neidentice sau imaginile trebuie să fie clasificate dincolo de aspectele concrete și de trăsăturile perceptibile, prin procesarea informației, dar referindu-se doar la semnificații primare și funcționale.

Schimbările din ultima perioadă în domeniul sistemelor de tip CAA au sugerat faptul că persoanele cu probleme complexe de comunicare nu se pot baza doar pe un simplu sintetizator de voce, în măsura în care acestea își doresc o participare cât mai activă în cadrul diverselor contexte educaționale, vocaționale și sociale (Light și McNaughton, 2014). Ele trebuie să aibă acces la o gamă largă de mijloace de îmbunătățire a comunicării, care pot include sisteme CAA ne-asistate (gesturi, semne, limbaj verbal), sisteme CAA tehnologice (generatoare tradiționale de voce, aplicații mobile), alte aplicații care vizează comunicarea, precum și rețele de socializare (Facebook, Twitter, Instagram). După cum precizează McNaughton și Light (2014), tehnologia mobilă și aplicațiile iPAD, precum și folosirea mai frecventă a rețelelor de comunicare socială au avut un impact puternic asupra conștientizării sociale și acceptării CAA. Ca urmare, persoanele cu nevoi complexe de comunicare ar putea fi mai pregătite pentru folosirea acestor sisteme în scopul îmbunătățirii comunicării.

Utilizarea unei game din ce în ce mai variate de tehnologii în domeniul CAA are multiple beneficii, dar pot apare și unele provocări în această privință. Fiecare instrument este conceput cu diferite reprezentări, structurări și prezentări ale informației, precum și cu diferite tehnici de acces (glisare, atingere). De asemenea, fiecare dintre acestea presupune sarcini motorii, cognitive, senzorial-perceptive și de limbaj pentru persoanele cu dificultăți marcate de comunicare. Una din criticile aduse acestor instrumente la faptul că nu sunt suficient de bine integrate, crescând presiunea asupra persoanelor cu probleme complexe de comunicare, care trebuie să învețe abilitățile operaționale pentru fiecare instrument, dar și modalitatea de navigare între aplicații sau instrumente (Costigan și colab., 2012, apud Light și McNaughton, 2014).

În mod obișnuit, scopul intervenției este acela de a-i învăța pe cei care prezintă dificultăți complexe de comunicare abilitățile motorii necesare; cu toate acestea, cercetările au arătat că abilitățile vizuale, cognitive și de procesare lingvistică joacă un rol important în determinarea competenței de operaționalizare (Wilkinson și colab., 2012). Așa cum notau Light și McNaughton (2014) lipsa atenției legate de design-ul tehnologiilor de tip CAA și a aplicațiilor este într-o oarecare măsură problematică din moment ce această componentă a intervenției este cea care afectează puternic performanța și este cea mai susceptibilă de schimbare.

În consecință, este necesară stabilirea unor modalități specifice de conturare în cadrul sistemelor CAA care vor facilita utilizarea și trecerea de la o aplicație la alta, precum și a instrumentelor de tip *social media* pentru persoanele cu dizabilități; de asemenea, se dorește o individualizare care să permită accesul persoanelor cu dizabilități specifice (Vanderheiden și colab., 2012, apud Light și McNaughton, 2012). Ca urmare, odată cu creșterea diversității în domeniul sistemelor CAA, se insistă tot mai mult pe intervenția echipelor multidisciplinare, cu specialiști în diferite domenii care includ nu doar abilitățile de vorbire și limbaj, dar și abilitățile de scris-citit, interfața om-calculator, procesarea vizuală și cognitivă, performanța motorie și designul instrucțional. Intervențiile bazate pe sistemele de comunicare alternativă și augmentativă nu mai poate fi limitată la utilizarea dispozitivelor generatoare de voce în cadrul interacțiunilor față în față, ci se vor extinde dincolo de protezare pentru a ajunge la un maxim al comunicării prin intermediul unei game largi de mijloace (Shane și colab., 2012).

Persoanele cu dificultăți complexe de comunicare se confruntă cu numeroase solicitări privind anumite competențe lingvistice, sociale, strategice și operaționale pentru a face față provocărilor legate de participarea la activitățile din diverse medii (domiciliu, școală, comunitate). De aceea, intervențiile bazate pe comunicarea augmentativă și alternativă vor trebui construite în așa fel încât să contribuie la dezvoltarea abilităților de cunoaștere și raționament, care sunt esențiale pentru îmbunătățirea

competenței de comunicare (Light și McNaugthon, 2014). Este de asemenea important ca aceste intervenții să elimine barierele care limitează participarea acestor persoane în diferite contexte, stimulând comunicarea.

Toate aceste dificultăți necesită cercetări suplimentare care să investigheze eficiența intervențiilor menite să:

- îmbunătățească abilitățile în domeniul cunoașterii și raționamentului, care acoperă nevoile de comunicare ale persoanelor cu dificultăți majore în această privință;
- întărească sprijinul psihosocial pentru creșterea motivației, a atitudinilor pozitive, a încrederii și a rezilienței;
- înlăture barierele legate de mediu și să asigure suportul adecvat din partea partenerilor de comunicare în mediile diferite în care persoana își desfășoară activitatea.

De-a lungul ultimelor decenii, autorii care au avut preocupări legate de folosirea sistemelor de tip CAA la persoanele cu abilități deficitare în domeniul comunicării au susținut faptul că este necesară integrarea cunoașterii, a raționamentului și a abilităților în patru domenii interconectate – lingvistic, operațional, social și strategic. În acest sens, Light și Gulens (2000) au realizat o sistematizare a acestor abilități, după cum urmează.

Tabelul 1. ***Cunoașterea, raționamentul și abilitățile necesare pentru persoanele care folosesc CAA pentru dezvoltarea competenței de comunicare (după Light și Gulens, 2000 apud Light Și McNaughton, 2014)***

Domeniul	**Exemple de cunoaștere, raționament, abilități necesare**
Lingvistic	Dezvoltarea abilităților de limbaj oral și scris la domiciliu și în comunitatea socială lărgită: • Înțelegerea formei, conținutului și folosirii limbajului oral utilizat de ceilalți • Dezvoltarea abilităților de expresie în limbajul oral • Alternarea adecvată a codurilor între diferite limbi • Dezvoltarea abilităților de citire și scriere pentru înțelegerea și folosirea limbajului

Domeniul	Exemple de cunoaștere, raționament, abilități necesare
	Dezvoltarea abilităților de folosire a codului lingvistic a sistemelor de CAA la domiciliu și în comunitatea socială: • Dezvoltarea cunoștințelor lexicale a simbolurilor folosite pentru exprimarea conceptelor prin modalități de tip CAA • Dezvoltarea abilităților semantice, sintactice și morfologice pentru exprimarea unor sensuri multiple prin CAA • Alegerea sistemelor adecvate de CAA pentru a veni în întâmpinarea diferitelor aspecte ale mediului cultural/lingvistic • Învățarea convențiilor lingvistice adecvate pentru diferite instrumente de comunicare
Operațional	Producerea simbolurilor care nu necesită tehnologie asistată: • Planificarea și producerea formei, poziției, orientării și mișcării mâinii pentru obținerea semnelor sau gesturilor convenționale adecvate • Planificarea și producerea mișcărilor corporale adecvate pentru transmiterea mesajelor prin pantomimă • Planificarea și producerea mișcărilor corporale pentru obținerea altor coduri care nu necesită tehnologie asistată (clipit, privirea orientată în sus pentru a spune da) Operarea eficientă cu sisteme/aplicații de tip CAA asistate tehnologic: • Deschiderea panoului de comunicare, derularea paginilor, indicarea simbolului CAA țintă • Alegerea simbolului țintă și înmânarea acestuia partenerului de comunicare la folosirea PECS-ului • Folosirea hârtiei și a creionului pentru desenarea conceptului • Folosirea tehnicii selectate pentru accesarea simbolurilor CAA cerute (direcționarea selecției cu degetul, pumnul, degetele de la picioare sau ochii; scanarea rândului, coloanei cu un singur click, scanarea asistată cu o manetă de comandă) • Navigarea corespunzătoare în cadrul sistemelor/aplicațiilor de tip CAA Operarea cu ajutorul unor instrumente de tipul rețelelor sociale și convenționale: • Accesarea adecvată a instrumentelor de tipul rețelelor sociale/de comunicare • Realizarea și încărcarea unor fotografii sau filme pentru sprijinirea comunicării prin rețele sociale • Navigarea în cadrul aplicațiilor/instrumentelor
Social	Dezvoltarea abilităților socio-lingvistice adecvate: • Preluarea obligatorie și neobligatorie a rândului în cadrul interacțiunii • Inițierea și terminarea adecvată a interacțiunii

Domeniul	Exemple de cunoaștere, raționament, abilități necesare
	• Menținerea și dezvoltarea subiectelor de conversație • Exprimarea unei game variate de funcții de comunicare (solicitarea unei informații, protestul, solicitarea obiectelor/acțiunilor, oferirea de informații, oferirea de clarificări, confirmarea/negarea, solicitarea atenției) • Alegerea sistemelor/aplicațiilor/rețelelor sociale adecvate pentru comunicare • Folosirea formei, conținutului și convențiilor corespunzătoare audienței Dezvoltarea abilităților relaționale adecvate: • Participarea activă la interacțiuni • Disponibilitatea de a răspunde partenerilor de dialog • Demonstrarea interesului față de parteneri (adresarea de întrebări centrate pe partener) • Înlesnirea unei stări de bine pentru partenerul de dialog • Proiectarea unei imagini de sine pozitive • Menținerea unei relații pozitive cu partenerii
Strategic	Folosirea strategiilor compensatorii pentru depășirea limitărilor în domeniul lingvistic: • Rugămintea adresată partenerului de a scrie/tasta sau de a indica înspre simboluri pentru a crește input-ul verbal și a depăși dificultățile de comprehensiune • Folosirea unor indici mnezici pentru depășirea limitărilor de vocabular și stabilirea topicii • Rugămintea adresată partenerului de oferire a unor alegeri pentru depășirea limitărilor vocabularului • Rugămintea adresată partenerului de a ghici și oferi indicii Folosirea strategiilor compensatorii pentru evitarea limitărilor în domeniul operațional: • Folosirea mesajelor telegrafice pentru a crește rata de comunicare • Ajutorul din partea partenerului pentru localizarea paginii corespunzătoare în cursul navigării Folosirea strategiilor compensatorii pentru depășirea limitărilor în domeniul social: • Folosirea unei strategii de introducere pentru crearea unei atmosfere de relaxare • Folosirea umorului pentru menținerea unei relații pozitive • Folosirea rețelelor de socializare pentru a crește rețeaua socială.

Contribuția cercetărilor din domeniul urmăririi ochiului (*eye tracking*) în cel al comunicării augmentative și alternative

Urmărirea privirii (eye tracking) reprezintă procesul de măsurare a punctului privirii sau a mișcării ochiului/ochilor în raport cu capul. Datele obținute de către un tracker, un dispozitiv pentru măsurarea poziției ochilor și mișcării acestora oferă noi oportunități în cadrul unei game variate de aplicații în diferite domenii incluzând interacțiunea om-calculator, simularea computerizată, neuro-științe, medicina, cercetarea cognitiv-comportamentală (Fu și colab., 2016). Cercetările din domeniul urmăririi ochiului oferă avantaje față de metodele tradiționale de cercetare, care se bazau doar pe răspunsurile de tip comportamental și care puteau să subestimeze abilitățile multor persoane cu probleme complexe de comunicare, inclusiv a celor cu limitări la nivel de comprehensiune a cerințelor unor sarcini, a celor cu deficite motorii care limitează accesul la răspunsurile comportamentale solicitate, a celor cu deficite de atenție care limitează abilitatea de completare a sarcinilor și a celor cu comportamente dezadaptative care limitează gradul de complianță față de cerințele sarcinii (Wilkinson și Mitchell, apud Light și McNaugthon, 2014). Tehnologiile bazate pe urmărirea ochiului contribuie la investigarea proceselor cognitive vizuale subiacente la persoanele cu nevoi de comunicare complexe. Metodele bazate pe această tehnică sunt atractive deoarece ele solicită un număr minim de cerințe individului. Mai exact, individul nu trebuie să înțeleagă instrucțiuni orale, să le respecte și apoi să producă răspunsuri motorii, ci doar să privească, așa cum reiese din studiul lui Wilkinson și Mitchell (2014).

Tehnologiile din domeniul cercetărilor care vizează urmărirea ochiului diferă semnificativ de sistemele de CAA care sunt controlate prin urmărirea privirii – modalitate de accesare a calculatorului sau ajutorului pentru comunicare cu ajutorului mouse-ului controlat de ochi. Aceste tehnologii nu sunt realizate sub forma unor sisteme de comunicare, persoana nu folosește privirea pentru a controla sistemul. Este vorba mai curând de o modalitate prin care persoana se uită la ecran,

iar tehnologia de urmărire a ochiului localizează rapid poziția ochilor în raport cu acesta și măsoară automat latența, durata și secvențele de fixare (Wilkinson și Mitchell, apud Light și McNaugthon, 2014). Acești parametri oferă informații legate de elementele care captează și mențin atenția vizuală a cuiva, pentru cât timp, în ce secvență și de asemenea oferă informații privind rapiditatea de fixare și de procesare, privind factorii de distragere a atenției și posibilele surse de eroare (de exemplu, itemi pe care persoana ar trebui să îi observe, dar nu o face sau itemi pe care nu ar trebui să îi observe, dar o face).

Toate aceste aspecte pot fi folosite pentru a îmbunătăți conceperea sistemelor de comunicare augmentativă și alternativă și a intervențiilor prin focalizarea atenției pe informațiile importante și prin reducerea factorilor de distragere a atenției care împiedică procesarea și reducerea ratei comunicării.

În ultimii ani au fost derulate din ce în ce mai multe cercetări care s-au axat pe introducerea tehnologiilor de urmărire oculară pentru investigarea atenției vizuale a persoanelor cu nevoi complexe de comunicare, cu scopul îmbunătățirii sistemelor de CAA. Unul din aceste studii realizate de Wilkinson și Light (2014) s-au axat pe folosirea sistemelor CAA în cazul unor grupuri de copii cu TSA și alte dizabilități asociate, cu sindrom Down și cu dizabilitate intelectuală fără origine cunoscută. Autorii au investigat efectele persoanelor din scenele vizuale asupra latenței și duratei atenției vizuale, urmărind optimizarea realizării acestor scene ca și componente ale sistemelor de CAA.

Pe de altă parte, Brady și colab. (2014) au explorat utilitatea metodelor de urmărire a ochilor pentru evaluarea abilităților de limbaj receptiv ale indivizilor cu TSA, în special a celor care sunt dificil de testat cu ajutorul unor metode tradiționale (indicarea spre o imagine ca răspuns la un cuvânt). Studiul include investigarea utilizării tehnologiei urmăririi oculare pentru măsurarea comprehensiunii cuvintelor unice prezentate oral analizând durata fixării țintei, comparativ cu potențatorul, într-un câmp de patru opțiuni, emițând ipoteza conform căreia copiii vor privi mai mult timp ținta (răspunsuri corecte) decât potențatorul (răspunsuri incorecte) când înțeleg cuvintele rostite.

Un alt studiu de referință în domeniu a scos în evidență patru variabile care prezintă interes: a) includerea contextului social (oameni, fețe) în display-urile sistemelor CAA; b) realismul imaginilor folosite în cadrul acestora (fotografii, linii desenate, benzi desenate); c) includerea textului scris (ortografie tradițională) alături de pictograme; d) complexitatea imaginilor utilizate în aceste display-uri (Gillespie-Smith și Fletcher-Watson, 2014, apud Light și McNaughton, 2014).

De asemenea, Dube și Wilkinson (2014) au luat în considerare aspectele relevante din cadrul unor studii axate pe metodele comportamentale și ale urmăririi ochilor asupra fenomenului supra-selectivității atenției la persoanele cu tulburări de dezvoltare și alte dizabilități asociate. Supra-selectivitatea se referă la limitarea numărului de stimuli sau a trăsăturilor acestor stimuli pe care individul îi percepe; această limitare a atenției afectează învățarea. În cazul CAA, ar putea fi vorba de limitări ale trăsăturilor simbolurilor CAA pe care le percepe individul (perceperea singulară a primei litere din cuvântul mama, rezultând confuzii cu alte cuvinte care încep cu aceeași literă), acestea afectând învățarea și generalizarea. Autorii au propus folosirea modalităților de urmărire oculară pentru o mai bună înțelegere a acestor fenomene.

În concluzie, așa cum afirmă Light și McNaughton (2014), cercetările din domeniul tehnologiilor de tip *eye tracking* au condus la elaborarea unei metode non-invazive de investigare a proceselor cognitive vizuale care sau la baza comunicării pentru persoanele cu probleme complexe în acest domeniu. În acest mod, aceste procese pot fi mai ușor înțelese și se pot dezvolta teorii validate științific care să ducă la conceperea sistemelor specifice de tip CAA și a intervențiilor aferente. De aceea, cercetările din domeniul comunicării augmentative și alternative s-au axat în ultima perioadă pe diverse permutări, combinații și modificări de design (reprezentări, organizări, schițe, tehnici de selecție și producție, variante de output) pentru a concepe sisteme viabile, eficiente care să vină în sprijinul persoanelor care întâmpină probleme complexe de comunicare, în contextul dizabilității multiple. Specialiștii care dezvoltă procedee noi pentru evaluarea și intervenția în domeniul CAA pot beneficia de o mai

bună înțelegere a proceselor care stau la baza comportamentului uman (Brady și colab., 2014).

Integrarea IA în sistemele de comunicare augmentative și alternative

Studii foarte recente menționează evoluții surprinzătoare ale domeniului CAA prin accentul pus pe utilizarea instrumentelor bazate pe inteligența artificială (Mavritsakis, 2024). Este vorba de folosirea IA pentru personalizarea vocabularului, predicţia cuvintelor, generarea de scripturi/scene de modelare (aided language stimulation) şi adaptarea automată a interfeţei la abilităţile motorii şi preferinţele utilizatorului. Rezultatele sugerează îmbunătăţiri ale oportunităţilor de comunicare, dar calitatea dovezilor clinice variază şi sunt necesare studii controlate pe termen lung. De asemenea, dacă ne referim la persoane cu TSA și dizabilități senzoriale (incluzând-o pe cea de auz), literatura de specialitate (Najib, 2025) sugerează apariția unor progrese semnificative încontextul unor modele care folosesc reţele neuronale/transformere pentru a identifica gesturi, expresii faciale şi a realiza o conversie între semn şi text (sau text → avatar semnat). Unele startup-uri produc deja avatare care pot reda semne contextualizate (un aspect care poate fi util pentru obținerea unui acces rapid acolo unde interpreții lipsesc). Cu siguranță există și unele limitări ale acestor instrumente, mai ales în privința unor dialecte regionale ale limbajului semnelor, a vitezei naturale a semnelor și, de asemenea, legate de absența expresivității emoționale.

IA poate fi folosită, conform studiilor recente (Perry și colab., 2024) și în domeniul funcționării adaptative (cu precădere socializare, viață cotidiană, comunicare și abilități motorii) și al susținerii unor programe educaționale, existând posibilitatea adaptării sarcinilor didactice şi realizării unor planuri personalizate de intervenție.

De asemenea, implementarea inteligenței artificiale în cadrul programelor de intervenție clasice necesită prudență și cercetări ulterioare, legate, de exemplu, de comparații între AAC tradițional și AAC-IA în comunicarea funcțională și în strategiile de dezvoltare a limbajului. După cum menționează și Perry și colab. (2024), este necesară și analiza

minuțioasă a impactului pe termen lung al utilizării IA asupra autonomiei și învățării (sunt instrumente care facilitează, dar pot și „înlocui" practici terapeutice).

Din cele menționate, putem observa faptul că cercetările din domeniul sistemelor de comunicare augmentativă și alternativă au cunoscut o evoluție spectaculoasă în ultima perioadă, iar eficiența lor a fost demonstrată pe baze științifice. Cu toate acestea, domeniul nu este nici pe departe încheiat, fiind necesară găsirea de soluții viabile pentru complexitatea dificultăților de comunicare ale unor persoane cu dizabilități multiple. Competența de comunicare este esențială pentru îmbunătățirea calității vieții acestor persoane, pentru accesul și participarea lor deplină în cadrul comunității.

Bibliografie

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistic manual of mental disorders, DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Speech-Language-Hearing Association (1991). Report: Augmentative and Alternative Communication, 33, 9-12.

Andrews R., Wyver S. (2005) Autistic tendencies: are there different pathways for blindness and autism spectrum disorder? *The British Journal of Visual Impairment* 23, 52–7.

Berument S.K., Rutter M., Lord C., Pickles A., Bailey A. (1999). Autism Screening Questionnaire: Diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry* 175:444–451.

Blake K., Brown D. (1993). CHARGE association looking at the future—the voice of a family support group. *Child: Care, Health and Development*, 19:395–409.

Bradley, E., Bolton, P. (2006). Episodic psychiatric disorders in teenagers with learning disabilities with and without autism. *British Journal of Psychiatry*, 189, 361–366.

Brady, N. C., Anderson, C. J., Hahn, L. J., Obermeier, S. M., Kapa, L. L. (2014). Eye tracking as a measure of receptive vocabulary in children with autism spectrum disorders. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 147–159.

Cass, H. (1998). Visual impairment and autism. *Autism*, 2(2), 117–138.

Chung, Y. C., Carter, E. W. (2013). Promoting peer interactions in inclusive classrooms for students who use speech-generating devices. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 38, 94–109.

Costigan, F. A., Light, J. C., & Newell, K. M. (2012). Factors affecting computer mouse use for young children: Implications for AAC. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 85–95.

Dammeyer, J. (2014). Symptoms of autism among children with congenital deafblindness. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44, 1095–1102.

deVaan, G., Vervloed, M.P.J., Hoevenaars-van den Boom, M., Antonissen, A., Knoors, H., Verhoeven, L. (2016) A Critical Review of Screening and Diagnostic Instruments for Autism Spectrum Disorders in People with Sensory Impairments in Addition to Intellectual Disabilities, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 9:1-2, 36-59.

de Vaan, G., Vervloed, M.P.J., Peters-Scheffer, N. C., van Gent, T., Knoors, H., & Verhoeven, L. (2016b). Behavioural assessment of autism spectrum disorders in people with multiple disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(2), 101–112.

deVaan, G., Vervloed, M.P.J., Peters-Scheffer, N.C., van Gent, T., Knoors, H., Verhoeven, L. (2018). Assessing Autism Spectrum Disorder in People with Sensory Impairments Combined with Intellectual Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 30, 471-487.

de Vaan, G., Vervloed, M.P.J., Knoors, H., Verhoeven, L. (2020) Profiles of stereotyped behaviors in people with combined sensory impairments and intellectual disabilities, *British Journal of Visual Impairment*, Vol. 32(2), 168-183.

de Vaan, G., Vervloed, M.P.J. (2021) OASID, an Instrument for Assessing Autism Spectrul Disorders in Individuals with Intellectual Disabilities Combined with Visual Impairments or Deafblindness, *Journal of Visually Impaired and Blindness*, 115(2), 134-142.

Dube, W. V., Wilkinson, K. M. (2014). The potential role of "stimulus overselectivity" in AAC: information from eye-tracking and behavioral studies of attention. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 172-185.

Fernell E, Olsson VA, Karlgren-Leitner C, Norlin B, Hagberg B. 1999. Autistic disorders in children with CHARGE association. *Developmental Medecine and Child Neurology*, 41:270–272.

Freeman R. D., Groenveld M. (2000) The behaviour of children and youth with visual and hearing disability. In: Developmental Disability and Behaviour (eds C. Gillberg & G. O'Brien), pp. 27–42. Mac Keith Press, London.

Fried-Oken, M., Beukelman, D. R., Hux, K. (2012). Current and future AAC research considerations for adults with acquired cognitive and communication impairments. *Assistive Technology*, 24, 56-66.

Frith U. (2003) Autism, Explaining the Enigma. Blackwell Publishing, Malden, MA.

Fu, H., Wei, Y., Camastra, F., Arico, P., Sheng, H. (2016) Advances in Eye Tracking Technology: Theory, Algorithms, and Applications (editorial) Hindawi Publishing Corporation Computational Intelligence and Neuroscience, Article ID 7831469.

Gense M. H. & Gense D. J. (2005) Autism Spectrum Disorders and Visual Impairment. American Foundation for the Blind Press, New York.

Gillespie-Smith, K., Fletcher-Watson, S. (2014). Designing AAC systems for children with autism: Evidence from eye tracking research. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 160-171.

Gravel, J. S., Dunn, M., Lee, W. W., & Ellis, M. A. (2006). Peripheral audition of children on the autistic spectrum. *Ear and Hearing*, 27(3), 299–312.

Hanson, E. K., Beukelman, D. R., Yorkston, K. M. (2013). Communication support through multimodal supplementation: A scoping review. *Augmentative and Alternative Communication*, 29, 310-321.

Hartshorne T. M., Grialou T. L. & Parker K. R. (2005) Autistic-like behavior in CHARGE syndrome. *American Journal of Medical Genetics* 133A, 257–61.

Hewitt, A. S., Stancliffe, R. J., Johnson Sirek, A., Hall-Lande, J., Taub, S., Engler, J., … Moseley, C. R. (2012). Characteristics of adults with autism spectrum disorder who use adult developmental disability services: Results from 25 US states. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(2), 741–751.

Hobson, R. P., Lee, A., & Brown, R. (1999). Autism and congenital blindness. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(1), 45–56.

Hoevenaars-Van Den Boom, M. A. A., Antonissen, A. C. F. M., Knoors, H., Vervloed, M. P. J. (2009). Differentiating characteristics of deafblindness and autism in people with congenital deafblindness and profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(6), 548–558.

Jordan R. (2005) Educational implications of autism and visual impairment. In: Autism and Blindness: Research and Reflections (ed. L. Pring), pp. 142–57. Whurr Publishers, London.

Kinnear D, Rydzewska E, Dunn K, și colab. (2020) The relative influence of intellectual disabilities and autism on sensory impairments and physical disability: A whole-country cohort of 5.3 million children and adults. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 33:1059–1068.

Knoors H., Vervloed M. P. J. (2003) Educational programming for deaf children with multiple disabilities. In: Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education (eds M. Marschark & P. E. Spencer), pp. 82–94. Oxford University Press, New York.

Knoors, H., Vervloed, M. P. J. (2011). Educational programming for deaf children with multiple disabilities: Accommodating special needs. In M. Marschark, & P. E. Spencer (Eds.), The Oxford handbook of deaf studies, language and education (Vol. 1, 2nd ed., pp. 82–96). New York, NY: Oxford University Press.

Knoors, H., Marschark, M. (2014). Teaching deaf learners: Psychological and developmental foundations. New York, NY: Oxford University Press.

Lewis C., Lowther J. (2001). CHARGE Association: Symptoms, behavior and intervention. *Educational Psychology in Practice*, 17:69–77.

Light, J., Gulens, M. (2000). Rebuilding communicative competence and self-determination In D.R. Beukelman, K.M. Yorkston, J. Reichle (Eds.), *Augmentative and alternative communication for adults with acquired neurologic disorders*, 137-179. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

Light, J., McNaughton, D. (2014) Communicative Competence for Individuals who Require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication?, *Augmentative and Alternative Communication*, 30:1, 1-18.

Light. J., McNaughton, D. (2014) From Basic to Applied Research to Improve Outcomes for Individuals Who Require Augmentative and Alternative Communication: Potential Contributions of Eye Tracking Research Methods, *Augmentative and Alternative Communication*, 30:2, 99-105.

Lin A.E., Morter, G., Siebert, J. Graham J.M. Jr. (1990). Central nervous system malformations in the CHARGE association. *American Journal of Medical Genetics*. 37:304–310.

Lin, C.-S. (2014). Early language learning profiles of young children with autism: Hyperlexia and its subtypes. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(3), 168–177.

Matson, J. L., Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107–1114.

Mavritsakis, D. (2024) Augmentative and alternative communication in autism spectrum disorder: transitioning from letter board to iPad – a case study. *Frontiers in Psychiatry*, 15:1345447.

Murdoch H. (2000) Repetitive behaviors in children with sensory impairments and multiple disabilities. *DBI Review* 26, 7–11.

Najib, F.M. (2025) Sign language interpretation using machine learning and artifical intelligence, *Neural Computing and Applications*, 37: 841-857.

Noens I., Van Berckelaer-Onnes I. (2004) Making sense in a fragmentary world: communication in people with autism and learning disability. *Autism* 8, 197–218.

Noens, I., van Berckelaer-Onnes, I.A., Verpoorten, van Duijn, G. (2006) The ComFor: an instrument for the indication of augmentative communication in people with autism and intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 50, part 9, 621-632.

Noens, I., van Berckelaer-Onnes, I. A. (2008) The central coherence account of autism revisited: Evidence from the ComFor study, *Research in Autism Spectrum Disorders* 2, 209-222.

Perry, N., Sun, C., Munro, M., Boulton, K.A., Guastella, A.J. (2024) AI technology to support adaptive functioning in neurodevelopmental conditions in everyday environments: systematic review, *Digital Medicine*, 7:370.

Peterson, C. C., Wellman, H. M., & Liu, D. (2005). Steps in theory-of-mind development for children with deafness or autism. *Child Development*, 76(2), 502–517.

Petroi, D., Koul, R. K., Corwin, M. (2014). Effect of number of graphic symbols, levels, and listening conditions on symbol identification and latency in persons with aphasia. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 40-54.

Rodier P.M., Bryson S.E., Welch P. (1997). Minor malformations and physical measurements in autism: Data from Nova Scotia. *Teratology* 55:319–325.

Romski, M. A., Sevcik, R. A., Adamson, L. B., Cheslock, M., Smith, A., Barker, R. M., Bakeman, R. (2010). Randomized comparison of augmented and nonaugmented language interventions for toddlers with developmental delays and their parents. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 350–364.

Roper L., Arnold P., Monteiro B. (2003). Co-occurrence of autism and deafness: Diagnostic considerations. *Autism*, 7:245–253.

Rydzewska, E., Hughes-McCormack, L. A., Gillberg, C., Henderson, A., MacIntyre, C., Rintoul, J., & Cooper, S.-A. (2018a). Prevalence of long-term health conditions in adults with autism – Observational study of a whole country population. *British Medical Journal Open*, 8(8).

Rydzewska, E., Hughes-McCormack, L. A., Gillberg, C., Henderson, A., MacIntyre, C., Rintoul, J., & Cooper, S.-A. (2018b). Prevalence of sensory impairments, physical and intellectual disabilities, and mental health in children and young people with self/proxy-reported autism – Observational study of a whole country's population. *Autism*, 23(5), 1201–1209.

Salem-Hartshorne N., Jacob S. (2005). Adaptive behavior in CHARGE syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 133A.

Shane, H. C., Blackstone, S., Vanderheiden, G., Williams, M., & DeRuyter, F. (2012). Using AAC technology to access the world. *Assistive Technology*, 24, 3–13.

Simion, E. (2014). Augmentative and alternative communication - support for people with severe speech disorders, *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 128. 77–81.

Smith, I.M., Nichols, S. L., Issekutz, K., Blake, K. (2005) Behavioral Profiles and Symptoms of Autism in CHARGE Syndrome: Preliminary Canadian Epidemiological Data, *American Journal of Medical Genetics* 133A:248–256.

Soto, G., Yu, B. (2014). Considerations for the provision of services to bilingual children who use augmentative and alternative communication. Augmentative and Alternative Communication, 30, 83–92.

Tobin, M. J. și Hill, E. W. (2011). Issues in the educational, psychological assessment of visually impaired children: test-retest reliability of the Williams intelligence test for children with defective vision. *British Journal of Visual Impairment*, 29(3), 208–214.

Vanderheiden, G. C., Treviranus, J., Usero, J. A. M., Bekiaris, E., Gemou, M., Chourasia, A. O. (2012). Auto-Personalization: Theory, practice and cross-platform implementation. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* (Vol. 56, 926–930).

Walker, V. L., Snell, M. E. (2013). Effects of augmentative and alternative communication on challenging behavior: A meta-analysis. *Augmentative and Alternative Communication*, 29, 117–131.

Wilkinson, K., Light, J., & Drager, K. (2012). Considerations for the composition of visual scene displays: Potential contributions of information from visual and cognitive sciences. *Augmentative and Alternative Communication*, 28, 137–147.

Wilkinson, K. M., Mitchell, T (2014) Eye tracking research to answer questions about augmentative and alternative communication assessment and intervention. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 106–119.

Wilkinson, K. M., Light, J. (2014). Preliminary study of gaze toward humans in photographs by individuals with autism, Down syndrome, or other intellectual disabilities: Implications for design of Visual Scene Displays. *Augmentative and Alternative Communication*, 30, 130–146.

Orientarea spațială și mobilitatea la elevii cu dizabilități vizuale cu dizabilități multiple (MDVI)

Cristina Hosu

Cadrul fundamental al deprinderilor de orientare și mobilitate (O&M) păstrează puncte comune pentru întreaga populație școlară cu dizabilități de vedere, însă implementarea acestora în contextul dizabilităților vizuale cu dizabilități multiple (MDVI) impune utilizarea unei abordări educaționale specializate. Chiar dacă strategiile și tehnicile de bază prezintă similitudini, procesul de învățare pentru elevul cu dizabilitate vizuală cu dizabilitate multiplă se distinge printr-o configurare aparte a etapelor de dezvoltare, prin ritmuri de achiziție adaptate și, în mod prioritar, printr-o metodologie didactică puternic individualizată.

Complexitatea intervenției în cazul elevilor cu MDVI constă în influența reciprocă și cumulativă a deficiențelor, unde limitările vizuale sunt adesea amplificate de bariere cognitive, motorii sau de procesare senzorială. Spre deosebire de elevul cu deficiență vizuală tipică, cel cu MDVI se confruntă frecvent cu o fragmentare a percepției mediului înconjurător, ceea ce face ca formarea hărților cognitive să fie un proces anevoios și non-linear.

În acest context, demersul didactic trebuie să migreze de la tehnicile standard de orientare către o abordare bazată pe rutine multisenzoriale și comunicare augmentativă.

Deși procesul de învățare este complex, nu trebuie omis faptul că acești elevi au drepturi egale la autonomie. În acest sens, Joffee și Rikhye

(1991) subliniază faptul că elevii cu dizabilități vizuale și multiple împărtășesc aceeași necesitate fundamentală de a se deplasa în siguranță, vizând dobândirea unui grad optim de independență**.** Această premisă transformă orientarea și mobilitatea dintr-o simplă disciplină școlară într-un instrument esențial pentru calitatea vieții**.**

Dezvoltarea deprinderilor de orientare și mobilitate reprezintă o componentă esențială în planul educațional al unui elev cu dizabilități vizuale. Această pregătire este cea care îi deschide copilului calea către o viață autonomă, oferindu-i libertatea de a se deplasa singur și, cel mai important, în deplină siguranță.

Ce presupune, de fapt, orientarea spațială și mobilitatea pentru persoanele cu dizabilități vizuale?

Persoanele care se confruntă cu o dizabilitate vizuală întâmpină obstacole semnificative atunci când trebuie să exploreze atât spațiile cunoscute, cât și locurile noi. Aceste dificultăți de deplasare pot influența negativ încrederea în sine și participarea la viața socială, limitând totodată siguranța personală și calitatea vieții.

Autonomia în deplasare se bazează pe doi piloni esențiali: ***orientarea*** *și* ***mobilitatea****.* Pentru ca o persoană cu dizabilități vizuale să poată trăi independent în comunitate, pregătirea sa trebuie să depășească sfera cunoștințelor teoretice sau a deprinderilor de autoîngrijire. Succesul integrării sale sociale este strâns legat de capacitatea de a se orienta în spațiu și de a stăpâni tehnicile de mobilitate (Altunay, 2015).

Dezvoltarea abilităților de orientare și mobilitate este vitală pentru elevii cu dizabilități vizuale, reprezentând fundamentul participării lor active în comunitate. Această pregătire nu vizează doar simpla deplasare, ci constituie baza care le permite tinerilor să își exploreze propriile capacități și să își atingă potențialul maxim în viață.

Definiția oferită de Fazzi și Barlow (2017), *orientarea* reprezintă procesul mental prin care o persoană percepe și utilizează informațiile primite prin toate simțurile pentru a-și stabili poziția în spațiu. Acest

proces îi permite elevului să își identifice locația față de obiectele din jur și să recunoască punctele importante din mediul înconjurător, indiferent dacă se află în mișcare sau staționează.

Bozeman și McCully (2010) descriu orientarea spațială ca pe un proces continuu de înțelegere a relației dintre propriul corp și mediul înconjurător. Acest parcurs evoluează de la o cunoaștere concretă, centrată pe propria persoană, către o percepție mult mai abstractă a spațiului sau către o integrare a ambelor perspective, cu scopul final de a determina poziția exactă în care se află subiectul.

Conform modelului teoretic propus de Hill și Blasch (1980), procesul de orientare se fundamentează pe trei elemente esențiale. Persoana cu dizabilități vizuale trebuie să își definească, în mod constant, răspunsurile la următoarele întrebări cheie pentru a menține controlul asupra deplasării sale:

1. **Autolocalizarea (punctul A):** *„Unde mă aflu în acest moment?"* – aceasta implică identificarea poziției curente în raport cu mediul înconjurător.
2. **Identificarea destinației (punctul B):** *„Unde doresc să ajung?"* – presupune stabilirea unui obiectiv, destinație către care se va îndrepta.
3. **Planificarea traseului:** *„Cum voi ajunge acolo?"* – reprezintă selectarea celor mai sigure și eficiente strategii de deplasare pentru a face legătura între poziția curentă și destinația dorită.

În timp ce elevul depune efortul de a răspunde la aceste trei întrebări, el parcurge un proces cognitiv complex, care presupune colectarea și analizarea riguroasă a informațiilor primite prin simțuri pentru a determina, cu maximă precizie, poziția obiectelor din jur și direcțiile corecte de deplasare.

Mobilitatea reprezintă capacitatea propriu-zisă de mișcare, este acțiunea fizică prin care o persoană se deplasează dintr-un punct în altul. Pentru a fi cu adevărat autonom, elevul trebuie să poată colecta și utiliza informațiile din spațiul înconjurător astfel încât să evite pericolele și să ajungă la destinație în deplină siguranță.

În sens general, *orientarea și mobilitatea* (O&M) pot fi definite ca un ansamblu de activități educaționale prin care elevul își însușește conceptele, abilitățile și tehnicile necesare pentru a se deplasa eficient și sigur, indiferent de complexitatea mediului sau de situația întâlnită.

Predarea acestor abilități este, în egală măsură, o artă și o știință. Nu există o singură „metodă corectă" sau o succesiune rigidă de pași care să funcționeze pentru toți elevii. Deși există o ordine a etapelor recunoscută la nivel profesional, aceasta servește doar ca bază pentru crearea unei abordări individualizate, adaptate nevoilor specifice ale fiecărui copil.

Terapia de orientare și mobilitate urmărește o serie de obiective esențiale:

- reducerea fricii de mișcare și creșterea încrederii în sine;
- facilitarea accesului la informațiile din mediu;
- dezvoltarea sentimentului de siguranță și de control asupra propriei deplasări;
- însușirea tehnicilor care îi permit elevului să interacționeze cu mediul fizic și social cât mai independent posibil.

Succesul și calitatea unui program de intervenție se bazează pe trei elemente esențiale: *flexibilitatea, creativitatea și individualizarea.* Cu toate acestea, există anumite nevoi fundamentale comune tuturor copiilor, care servesc drept punct de plecare în elaborarea obiectivelor pentru orice plan de intervenție.

Nevoia de siguranță și încredere

Pentru mulți elevi, explorarea și mișcarea într-un spațiu necunoscut pot fi, inițial, experiențe copleșitoare sau chiar înfricoșătoare. Sentimentul de siguranță și încrederea pe care copilul le are în cadrul didactic și în mediul înconjurător reprezintă fundamentul care îi permite să interacționeze cu spațiul și să îl exploreze.

Din acest motiv, este esențial ca instruirea să debuteze într-un mediu familiar, unde trebuie monitorizați cu atenție factori precum: luminozitatea (adaptată nevoilor vizuale specifice); nivelul de zgomot (pentru a evita supraîncărcarea auditivă); temperatura ambientală.

Pe măsură ce elevul capătă încredere, expunerea treptată la medii diverse și participarea la diferite situații sociale devin necesare. Aceste experiențe noi încurajează învățarea unor concepte complexe și permit experimentarea unor modele variate de interacțiune cu lumea exterioară.

Joffee (1995) subliniază un aspect critic în dezvoltarea elevului cu dizabilitate vizuală, afirmând că „supra-protecția poate fi la fel de dăunătoare ca o potențială accidentare în timpul deplasării". Atunci când mișcarea unui elev este restricționată excesiv din motive de siguranță, acesta pierde oportunități esențiale de a înțelege mediul înconjurător și de a-și însuși concepte fundamentale precum spațiul, timpul sau poziționarea. Mai mult, lipsa libertății de mișcare împiedică dezvoltarea autonomiei și a stimei de sine, elemente care derivă direct din capacitatea de a naviga independent și de a stăpâni abilitățile vieții cotidiene.

Nevoia de comunicare

O provocare frecventă în educația specială este interacțiunea cu elevii non-verbali sau cu cei care, din diverse motive, nu utilizează un sistem de comunicare alternativ. În aceste situații, misiunea cadrului didactic este de a descifra limbajul subtil prin care aceștia își exprimă nevoile și dorințele.

Succesul intervenției constă în capacitatea cadrului didactic de a găsi modalități creative de a valorifica formele de exprimare deja existente — gesturi, sunete, reacții corporale — pentru a construi și extinde progresiv un sistem de comunicare funcțional.

Nevoia de control și participare activă

Există încă prejudecăți în rândul unor specialiști conform cărora „persoanele cu dizabilități vizuale cu dizabilități asociate nu ar fi capabile să ia decizii sau, cel puțin, nu decizii care să servească propriilor interese" (Guess, Benson & Siegel-Causey, 1985). Din cauza acestei viziuni, elevii cu MDVI ajung adesea să depindă excesiv de ceilalți pentru rezolvarea problemelor de deplasare. În multe cazuri, aceștia sunt conduși la destinație fără o implicare reală, rămânând simpli spectatori într-un proces pe care nu îl înțeleg.

Implicarea activă a elevului în procesul de luare a deciziilor nu doar că stimulează atenția și participarea, dar îi oferă acestuia și dreptul de a greși. Această experiență este esențială: pentru prima dată, elevul poate simți mândria succesului de a ajunge singur la destinație sau, dimpotrivă, se poate confrunta cu consecințele unei orientări eronate.

Rătăcirea sau neajungerea la locul propus nu trebuie privită ca un eșec, ci ca o oportunitate funcțională de a introduce noțiuni elementare de rezolvare a problemelor. Acest proces implică: analizarea greșelii **(**reconstituirea pașilor parcurși); reorientarea (revenirea la ultimul punct de reper cunoscut); identificarea și fixarea unor indici noi pentru a restabili traseul corect.

Nevoia de contact fizic cu mediul

Menținerea unui contact fizic permanent cu mediul înconjurător este esențială pentru elev, deoarece facilitează construirea conceptelor spațiale și oferă un sentiment profund de siguranță și control. Una dintre tehnicile fundamentale este menținerea mâinii în permanență pe perete (trailing). Această abilitate de bază în O&M poate fi adaptată pentru a permite elevilor explorarea în siguranță în timpul deplasării:

- adaptarea pentru echilibru**:** elevii care întâmpină dificultăți motorii pot menține contactul direct cu peretele cu o mână, în timp ce pe partea opusă sunt susținuți de un ghid văzător. Această poziționare strategică, cât mai aproape de perete, maximizează accesul la informația tactilă.
- utilizarea obiectelor intermediare**:** dacă elevul nu poate atinge peretele direct (de exemplu, cei aflați în fotoliu rulant), se pot utiliza instrumente de legătură, precum un baston scurt sau chiar o jucărie preferată. Acestea funcționează ca o extensie a corpului, permițând identificarea ușilor, colțurilor și a reperelor ambientale.
- utilizarea unui obiect intermediar este extrem de eficientă pentru elevii tactil-defensivi. Aceștia pot refuza contactul direct cu texturile pereților, dar acceptă adesea să exploreze mediul prin intermediul unei jucării familiare sau al unui obiect care le oferă o barieră de siguranță emoțională.

Nevoia de mișcare independentă

Chiar și în cazul elevilor cu limitări motorii severe, există întotdeauna o formă de mișcare pe care aceștia o pot realiza autonom. Deoarece motivația este motorul oricărei învățări, cadrul didactic trebuie să identifice locurile, obiectele și activitățile preferate ale elevului pentru a le integra în demersul didactic.

Unii elevi sunt capabili să se rostogolească, să meargă târâș în zone preferate din clasă, astfel că pornind de la aceste abilități, treptat putem reduce ajutorul oferit până vor ajunge la un anumit nivel de independență.

Nevoia de rutină și consecvență

Atunci când elevul este implicat în mai multe tipuri de terapii și interacționează cu diverși specialiști, consecvența echipei multidisciplinare devine vitală. Este esențial ca toți cei implicați să utilizeze aceleași strategii de tranziție și aceleași itinerarii de deplasare zilnică pentru a evita confuzia.

Tranziția între activități sau spații trebuie comunicată elevului în prealabil. Această înștiințare îi oferă șansa de a se pregăti mental și emoțional pentru schimbare. În acest sens, utilizarea indiciilor non-verbale (obiecte simbol) este fundamentală:

- înmânarea bastonului ca semnal pentru începerea orei de orientare și mobilitate;
- atingerea roților fotoliului rulant pentru a anunța deplasarea;
- încălțarea pantofilor ca ritual de pregătire pentru ieșirea în exterior.

Odată învățată, rutina devine un cadru predictibil și neamenințător. Aceasta reduce efortul cognitiv necesar pentru procesarea schimbării, permițându-i elevului să își canalizeze energia către noi achiziții și către interacțiunea bucuroasă cu mediul înconjurător.

Nevoia de deplasare cu un scop determinat

Pentru un proces didactic eficient, orice activitate de orientare și mobilitate trebuie să fie funcțională. Înainte de a implementa o nouă sarcină, specialistul trebuie să evalueze relevanța acesteia prin prisma a cinci întrebări fundamentale:

- **semnificație:** are această activitate un sens clar pentru elev?
- **autonomie:** favorizează creșterea controlului personal și a independenței?
- **generalizare:** poate fi aplicată în afara școlii (acasă, în comunitate)?
- **adecvare:** este potrivită vârstei cronologice a elevului?
- **motivație:** produce satisfacție și dorința de a repeta acțiunea?

Planificarea unor activități cu adevărat semnificative presupune integrarea firească a orientării și mobilității în rutina zilnică și în activitățile de joc ale elevului. În loc să izolăm instruirea în cadrul unui cabinet specializat, departe de contextul său natural, trebuie să recunoaștem că orientarea și mobilitatea este o componentă prezentă în toate momentele zilei. Aceasta se manifestă în fiecare mediu de viață, începând cu primele activități ale dimineții și continuând până la finalul zilei, transformând întreg universul cotidian al copilului într-un spațiu de învățare.

Metodele și strategiile consacrate de orientare și mobilitate se dovedesc, de cele mai multe ori, insuficiente în cazul elevilor care prezintă deficiențe vizuale asociate cu alte dizabilități. Mulți dintre acești elevi, cu cecitate totală sau resturi de vedere, se confruntă cu dizabilități adiționale ce variază de la moderate la severe, ceea ce face ca abordările tradiționale să nu producă rezultatele așteptate.

În practică, specialiștii interacționează adesea cu elevi care nu utilizează comunicarea verbală, nu se deplasează independent sau manifestă dificultăți în interacțiunea cu mediul. În acest context, provocarea fundamentală nu constă în selectarea unei tehnici rigide de mobilitate, ci în capacitatea de a stimula și motiva orice formă de mișcare intenționată sau de comunicare funcțională. Așa cum subliniază Fabiana P. (2004), fiecare combinație de deficiențe generează un impact unic asupra dezvoltării, reprezentând o veritabilă provocare profesională pentru cei care coordonează procesul de recuperare.

Dreptul la evaluare și instruire specializată

Fiecare elev cu dizabilitate vizuală are dreptul fundamental de a fi evaluat de către un specialist în orientare și mobilitate (O&M), pentru a-i fi identificate nevoile specifice de învățare. În baza acestei evaluări, elevul beneficiază de instruire personalizată, menită să îi dezvolte deprinderile de deplasare sigure și eficiente.

Succesul acestui demers depinde de o abordare multidisciplinară: întreaga echipă didactică și familia împărtășesc responsabilitatea de a susține autonomia și mobilitatea elevului în toate aspectele vieții sale (conform curriculumului TAPS – Teaching Age-Appropriate Purposeful Skills).

Provocări și strategii în evaluarea elevilor cu MDVI

Evaluarea inițială analizează capacitatea de deplasare în diverse medii (interior/exterior), fie independent, fie cu asistență. Totuși, elevii cu dizabilități vizuale și dizabilități asociate (MDVI) prezintă adesea dificultăți în a răspunde la cerințe directe sau în a colabora cu persoane străine. Pentru a depăși aceste bariere, sunt esențiale următoarele strategii:

- construirea alianței terapeutice: specialistul trebuie să petreacă timp semnificativ cu elevul înainte de evaluarea propriu-zisă, pentru a stabili o relație bazată pe încredere.
- mediul securizant: evaluarea trebuie să se desfășoare, pe cât posibil, în prezența persoanelor familiare în care elevul are deja încredere.

În cazul dizabilităților multiple asociate dizabilității vizuale, evaluarea informală este adesea cea mai eficientă metodă. Aceasta se bazează pe: observația directă în contexte și medii variate și interviuri detaliate cu familia și cadrele didactice care cunosc ritmul și reacțiile copilului.

Atunci când dizabilitatea vizuală este însoțită de dizabilități auditive, autism, întârzieri în dezvoltare, CVI (dizabilitate vizuală corticală) sau dizabilități neuromotorii, profesorul trebuie să elaboreze metode de instruire unice.

Profesorii de orientare și mobilitate evaluează abilitățile elevilor necesare deplasării independente, utilizând, de regulă, un inventar general de competențe. Cu toate acestea, demersul didactic și planificarea activităților nu pot fi preluate dintr-un curriculum standardizat, deoarece fiecare elev este unic, iar ritmul de achiziție este diferit

Procesul de evaluare reprezintă o sinteză metodologică ce îmbină mai multe instrumente esențiale: interviuri, observații sistematice în contexte naturale și testele de evaluare pentru a stabili nivelul inițial de achiziții, abilități din sfera orientării și mobilității.

În contextul actual, specialiștii în O&M sunt adesea nevoiți să își elaboreze propriile instrumente de lucru, ca urmare a deficitului de teste standardizate care să acopere diversitatea nevoilor în cazul dizabilităților multiple. Deși aceste instrumente interne pot prezenta limitări în ceea ce privește validitatea și fiabilitatea statistică, ele oferă avantaje practice fundamentale: o imagine autentică a nivelului de funcționare al elevului în mediul său de viață, datele necesare pentru proiectarea unei intervenții personalizate și relevante, un instrument de tip „checklist general" este versatil, putând fi adaptat pentru elevi de orice vârstă și nivel de dezvoltare. Un exemplu ar putea fi: ***„Grila de evaluare a orientării și mobilității"*** (după Jacobson W.H. The art and Science of Teaching Orientation and Mobility to Persons with Visual Impairments, 2013).

Datele furnizate de evaluarea inițială fundamentează Planul de intervenție personaliza (PIP)**,** instrument adaptat riguros particularităților fiecărui elev. În cadrul mediului școlar, orientarea și mobilitatea reprezintă o componentă esențială a curriculumului specific și de recuperare, fiind o terapie de care elevii beneficiază pe parcursul întregului parcurs educațional.

Instruirea în acest domeniu implică o responsabilitate majoră, necesitând profesori cu o pregătire specializată, capabili să gestioneze riscurile inerente predării tehnicilor de deplasare. Un profesor de orientare și mobilitate este un specialist care deține competențele necesare pentru a realiza evaluarea complexă a elevului cu dizabilitate vizuală cu dizabilități multiple, a proiecta demersul didactic în vederea dezvoltării

autonomiei și a adapta strategiile de intervenție, bazându-se pe creativitate, expertiză și pe bunele practici din domeniu.

Strategii aplicative în instruirea orientării și mobilității

Implementarea unui program eficient de orientare și mobilitate (O&M) presupune o adaptare fină a tehnicilor pedagogice la profilul senzoriomotor și cognitiv al elevului. Conform abordării lui Chamberlain și Mackenstadt, strategiile esențiale includ:

1. Respectarea timpului de procesare (Wait Time)

Elevii cu dizabilități vizuale corticale (CVI) sau întârzieri neurocognitive necesită un timp suplimentar pentru procesarea simultană a stimulilor ambientali și a instrucțiunilor.

Profesorul trebuie să evite repetarea prematură a comenzilor, deoarece fiecare intervenție verbală nouă poate reseta procesul de decodificare, generând blocaje în loc de progres.

2. Decodificarea comunicării non-verbale

La elevii cu dizabilități multiple, comunicarea nu este evidentă, comportamentul devenind principalul mod de transmitere a mesajelor. Cadrul didactic trebuie să interpreteze manifestări precum vocalizările (diferite tonalități), mișcări motorii (legănatul) sau reacțiile afective (agățarea vs. evitarea) ca indicatori direcți ai stării interne. În acest context, reacțiile comportamentale — inclusiv cele de tip agresiv — constituie un limbaj funcțional mai elocvent decât cel verbal, semnalând acceptarea, frustrarea sau suprasolicitarea senzorială.

3. Monitorizarea pragului de toleranță

Gestionarea frustrării este critică, având în vedere că elevul nu își poate verbaliza întotdeauna atingerea limitei de suportabilitate. Este necesară „dezamorsarea" stărilor tensionate provenite din activități anterioare înainte de începerea lecției de orientare și mobilitate. Dacă frustrarea apare pe parcurs, întreruperea activității pentru o pauză este preferabilă continuării forțate.

4. Gestionarea comportamentelor

Reacțiile față de dispozitivele de asistență (de exemplu, scăparea sau aruncarea intenționată a bastonului) pot semnala nevoia de control sau de repaus. Profesorul trebuie să încurajeze recuperarea autonomă a bastonului alb. Intervenția directă a instructorului (ridicarea bastonului pentru elev) poate crea o dependență de ghidare pasivă, contraproductivă pentru independență.

5. Feedbackul permanent și pozitiv

Deși promptul verbal oferă siguranță, eficiența acestuia depinde de nivelul cognitiv al elevului. Lauda excesivă trebuie evitată, deoarece își poate pierde valoarea motivațională, devenind un stimul redundant și lipsit de semnificație pedagogică.

6. Valorificarea motivației intrinseci

Intervenția devine cu adevărat eficientă atunci când specialistul reușește să integreze sarcinile de învățare în sfera de interes a elevului. Proiectarea sarcinilor astfel încât destinația finală să fie un loc sau un obiect preferat, asigurând astfel un scop concret și atractiv pentru deplasare.

7. Utilizarea metodelor de deplasare preferate de elev

Dependența de brațul însoțitorului poate reflecta o lipsă de expunere la alte tehnici, nu neapărat o limitare a potențialului. Tranziția graduală de la ghidarea umană către tehnici de deplasare independente, prin instruire specifică și adaptată capacităților motorii disponibile.

Conform lui Wiener et al. (2020), taxonomia orientării și mobilității (O&M) pentru elevii cu dizabilități multiple trebuie să evolueze de la simpla achiziție mecanică de deprinderi, către o dezvoltare holistică a cogniției spațiale, în care integrarea senzorială și conștientizarea corporală constituie fundamentul mișcării intenționate.

Taxonomia conceptelor fundamentale în orientare și Mobilitate (O&M)

La nivelul învățământului preșcolar și primar, *abilitățile de orientare* pot fi dezvoltate natural prin jocuri, cântece și activități de mișcare. Aceste experiențe ludice servesc la internalizarea unor concepte fundamentale, necesare viitoarei mobilități independente: schema și conștientizarea corporală, lateralitate și direcționalitate, concepte spațiale și de poziție, dezvoltare senzorială și motrică.

Prezentare generală a abilităților de orientare și dezvoltare a conceptelor importante:

- **Concepte corporale**, pentru elevul cu dizabilități multiple, corpul reprezintă singurul punct de referință stabil.
  - Schema corporală funcțională, nu doar numirea părților corpului, ci înțelegerea modului în care acestea interacționează cu mediul (ex: „mâna care prinde cana", „picioarele care simt covorul").
  - Mișcările părților complexe ale corpului și planurile corpului.
  - Poziția corpului în raport cu obiectele din jur și cu persoanele.
  - Structurare spațială precum însușirea conceptelor *sus/jos, în față/în spate* prin experiențe de contact fizic permanent.
- **Concepte spațiale.** Conceptele spațiale care trebuie însușite de persoanele cu dizabilități vizuale sunt: poziția, direcția, distanța, amplasare, forma, mărimea, acțiunea.
  (Welsh, Blasch, 1980).
- **Concepte despre mediul înconjurător (interior și exterior)**
  - Concepte din interior: pereți, tavan, podele, mochetă, parchet, covoare, draperii
  - Concepte din exterior: stradă, trotuar, șosea, colțul străzii, bordură, poduri, balustradă, rampă, scări, scări rulante,lift, iarbă, beton, asfalt, numele străzilor, indicatoare rutiere
  - Mijloace de transport: mașini, autobuze, avioane, vapoare, biciclete, role, trotinete
  - Repere: identificarea obiectelor cu o funcție fixă și contrastantă (vizual sau auditiv) pentru a crea un punct de referință în spațiu.

- **Dezvoltarea senzorială (auditivă, tactilă, olfactivă, vizuală).** Informațiile vizuale (pentru cei cu resturi vizuale), auditive, olfactive, tactile sprijină deplasarea și explorarea obiectelor din jur și a mediului înconjurător.
- **Dezvoltarea motorie.** Dezvoltarea abilităților motorii, atât la nivelul motricității grosiere cât și la nivelul motricității fine, sunt pre achiziții esențiale necesare în formarea deprinderilor de orientare și mobilitate complexe.

Abilitățile de mobilitate trebuie alese pentru a răspunde nevoilor și particularitățile fiecărui elev.

Unele abilități/tehnici de mobilitate de bază trebuie predate:

- **Tehnica ghidului uman (ghidul văzător)**

Aceasta reprezintă metoda primară de deplasare asistată, bazată pe interacțiunea directă cu o persoană văzătoare. Instruirea vizează transformarea elevului dintr-un subiect pasiv într-un participant activ. Acesta trebuie să învețe să anticipeze mișcările ghidului, să proceseze informațiile primite prin brațul acestuia și să comunice propriile nevoi de orientare pe parcursul traseului.

- *Tehnica deplasării în contact direct cu peretele (hand trailing)***.** Această tehnică este utilizată pentru menținerea orientării direcționale și identificarea reperelor tactile într-un mediu controlat (interior). Facilitează localizarea obiectivelor specifice (uși, lifturi, panouri informative) și sprijină memorarea topografică a traseelor frecvente. De asemenea permite elevului să își verifice poziția în spațiu și să își mențină traiectoria prin contactul tactil constant cu o suprafață de referință.

  Conform lui Fazzi și Barlow (2017), eficiența acestei tehnici este maximizată atunci când este utilizată în mod complementar cu bastonul alb sau cu alte dispozitive de mobilitate, oferind un sistem dublu de protecție și informare (la nivelul mâinii și la nivelul solului).

- *Tehnicile de autoprotecție în interior, în locuri familiare.*
  Tehnicile de autoprotecție sunt folosite pentru a detecta obiectele din ruta de deplasare care sunt situate la un nivel prea înalt pentru a fi detectat de bastonul lung. Astfel de obiecte găsite în exterior cum ar fi: crengi de copaci căzute sau cabluri. Obiectele aflate în interior la înălțimea pieptului sau a capului (cum ar fi telefoanele publice, corpurile de iluminat sau candelabrele) care sunt montate pe suporturi în perete sau suspendate de tavan. Tehnicile de autoprotecție nu detectează pericolele sau obstacolele de la nivelul piciorului, cum ar fi o scară descendentă sau jucării pentru copii lăsate pe podea. De aceea, atunci când sunt utilizate independent, sunt în general utilizate pentru deplasări de-a lungul unei distanțe limitate într-un mediu familiar și controlat (Hill & Ponder, 1976) după Rosen, 2014.
- *Tehnica de căutare, localizare a obiectelor pierdute.* Tehnica de căutare reprezintă o metodă riguroasă de explorare a unei zone, utilizând un sistem organizat pentru a asigura scanarea completă a suprafeței. O premisă fundamentală în implementarea oricărei strategii de acest tip este stabilirea unui punct de referință stabil, cunoscut sub numele de „punct focal" (de exemplu, un colț al încăperii sau o piesă de mobilier apropiată), de unde se inițiază procesul de explorare. Elevul este instruit să revină la acest punct de plecare ori de câte ori intervine dezorientarea spațială. Totodată, înainte de predarea propriu-zisă, specialistul în orientare și mobilitate are responsabilitatea de a evalua capacitatea elevului de a localiza corect sursa sonoră, asigurându-se că acesta poate determina direcția precisă din care a provenit zgomotul obiectului căzut pentru a eficientiza efortul de căutare.
- *Tehnici de utilizare a bastonului alb.* Bastonul lung (bastonul alb) continuă să fie instrumentul principal de mobilitate utilizat de persoanele cu dizabilitate vizuală pentru deplasarea independentă. Acesta oferă o „previzualizare" a suprafețelor și a obiectelor, furnizând informații tactile avansate și informații auditive care reflectă mediul înconjurător, inclusiv schimbările de textură,

densitate, înclinație, nivelul suprafeței de deplasare, prezența sau absența obstacolelor, proeminențele și spațiile deschise pe direcția de mers. Obiectele de la nivelul taliei în jos, care sunt poziționate în fața sau în lateralul persoanei care se deplasează, pot fi detectate de baston înainte ca aceasta să ajungă la ele.

Deplasarea cu un baston lung implică atât procese motorii, cât și cognitive. Partea motorie include executarea propriu-zisă (fizică) a tehnicii prin manipularea bastonului și coordonarea pașilor în timpul mersului, deschiderea/închiderea ușilor, urcarea/coborârea scărilor și alte sarcini motorii.

Aspectele cognitive ale deplasării includ interpretarea feedback-ului auditiv și tactil obținut de la baston în timp ce persoana se deplasează prin mediul înconjurător, menținând nivelul de conștientizare a spațiului, orientarea generală și alegerea tehnicii potrivite. Nivelul ridicat al abilităților motorii îi va ajuta pe elevi să fie focalizați pe aspectele cognitive ale deplasării (Fazzi & Barlow, 2017).

Bastonul alb este utilizat cu succes de către elevii cu dizabilități de vedere, inclusiv de cei cu dizabilități multiple; de asemenea, poate fi utilizat cu scopul de a identifica sau de a verifica indiciile din mediu în cazul elevilor cu resturi vizuale.

Potrivit lui Tellefson M. (2023), scopul principal al mobilității nu este doar folosirea corectă a bastonului, ci independența elevului de a decide singur unde și cum vrea să se deplaseze. Succesul învățării se vede atunci când elevul are încredere să își aleagă propriile trasee. Astfel, mobilitatea devine o pregătire reală pentru viața de adult, deoarece respectă dorințele și mediul de viață al fiecărui elev.

Sugestii și strategii de predare

- **Introducerea timpurie a bastonului:** nu așteptați până când elevul se poate deplasa independent pentru a-i oferi un baston. Adesea, elevii nu conștientizează existența obiectelor din proximitatea lor, motiv pentru care nu au un stimulent pentru a explora dincolo de lungimea brațelor. Chiar și un copil care nu se depla-

sează încă autonom poate beneficia de utilizarea bastonului ca instrument de explorare a mediului înconjurător.

- **Adaptarea la reticență:** dacă elevul manifestă reticență în a ține bastonul la început, se pot utiliza alternative intermediare, cum ar fi jucăriile de împins prevăzute cu roți și sunete (strategie eficientă în special la elevii de vârstă mică).
- **Alocarea timpului pentru explorare liberă:** oferiți elevului suficient timp pentru a explora cu ajutorul bastonului. La primirea primului baston, acesta va tinde adesea să investigheze tot spațiul din jur, inclusiv tavanul. Prinderea primului baston este comparabilă cu „purtarea primei perechi de ochelari".
  Această nevoie de explorare liberă este confirmată și de **Tellefson M. (2023)**, care susține că familiarizarea senzorială profundă cu spațiul este un pas obligatoriu înainte de impunerea unor reguli stricte de navigare, fiind baza pe care se construiește ulterior încrederea în sine.
- **Explorarea tactil-spațială:** permiteți elevilor (în special celor cu dizabilități auditive) să atingă tavanul sau pereții deasupra nivelului taliei cu bastonul. Aceasta reprezintă o oportunitate valoroasă de a înțelege structura spațiului. Este recomandat ca, la începutul lecției, să li se permită această explorare liberă; ulterior, în timpul activității propriu-zise, vârful bastonului trebuie să rămână pe sol.
- **Măsuri de siguranță:** deși explorarea liberă îi ajută pe elevi să devină conștienți de mediul înconjurător, aceasta poate reprezenta un risc pentru persoanele din jur. Asigurați-vă că ceilalți elevi se află la o distanță sigură pentru a evita accidentările provocate de mișcările bastonului.

Dezvoltarea abilităților de orientare și mobilitate reprezintă un pilon fundamental în procesul de abilitare a elevului cu dizabilități vizuale și cu dizabilități multiple, depășind limitele simplei deplasări fizice dintr-un punct în altul. Așa cum am explorat în aceast capitol, trecerea de la tehnicile de autoprotecție și explorare tactil-kinestezică la utilizarea sistematică a bastonului alb nu este doar o achiziție motorie, ci un proces cognitiv complex care redefinește relația elevului cu mediul înconjurător.

Implementarea strategiilor moderne, bazate pe o înțelegere profundă a conceptelor spațiale, temporale și senzoriale, permite transformarea unui mediu potențial intimidant într-un spațiu previzibil și accesibil.

În final, succesul acestui demers constă în individualizarea intervenției și în modul în care reușim să transformăm tehnicile de mobilitate în deprinderi de viață cotidiană**.**

Mobilitatea și orientarea spațială nu reprezintă doar competențe tehnice, ci constituie fundamentul participării sociale și al autodeterminării persoanei cu dizabilități vizuale. Capacitatea de a naviga autonom în medii diverse — de la spațiul proxim al locuinței la mediul urban complex — generează o transformare profundă la nivel psihologic, emoțional, înlocuind barierele izolării cu un sentiment de competență și apartenență. În final, stăpânirea acestor abilități este cea care face trecerea de la statutul de observator pasiv la cel de participant activ, oferind libertatea de a-și asuma propriul parcurs existențial în cadrul comunității.

Bibliografie

1. **Altunay, A. (2015).** The Relationship between Academic Achievement and Orientation and Mobility Skills of Visually Impaired Students. *Anthropologist*, 20(1,2), 152-161.
2. **Chamberlain, M. N., & Mackenstadt, D. (2016).** *Teaching Orientation & Mobility to Students with Visual Impairments and Additional Disabilities*. New York, NY: AFB Press.
3. **Fazzi, D. L., & Barlow, J. M. (2017).** *Orientation and Mobility Techniques: A Guide for the Practitioner* (2nd ed.). New York, NY: AFB Press.
4. **Fazzi, D. L., & Petersmeyer, B. A. (2001).** *Imagining the Possibilities: Creative Approaches to Orientation and Mobility Instruction for Persons Who Are Visually Impaired*. New York, NY: AFB Press.
5. **Jacobson, W. H. (2013).** *The Art and Science of Teaching Orientation and Mobility to Persons with Visual Impairments* (2nd ed.). New York, NY: AFB Press.
6. **Jacobson, W. H., Hatton, D. D., & Gense, D. J. (2022).** *Advanced Strategies in Orientation and Mobility*. American Printing House for the Blind.

7. **Joffee, E. (1995).** *A Parent's Guide to the Special Needs of a Child with Visual Impairment*. New York: American Foundation for the Blind (AFB Press).
8. **Lueck, A. H. (2021).** *Visual Impairment: Understanding the Needs of Children with CVI and Additional Disabilities*. AFB Press.
9. **Perla, F., & O'Donnell, B. (2004).** Encouraging spontaneous mobility in students with multiple disabilities. În D. L. Fazzi & J. M. Barlow (Eds.), *Orientation and mobility techniques: A guide for the practitioner* (2nd ed., pp. 297–324). New York, NY: AFB Press.
10. **Tellefson, M. (2023).** *The Culturally Responsive O&M Standards Book*. New York, NY: AFB Press.
11. **Wiener, W. R., Welsh, R. L., & Blasch, B. B. (2020).** *Foundations of Orientation and Mobility* (4th ed.). American Printing House for the Blind.

Adulți cu dizabilități asociate

Oana Dănilă și Alexandra Cobzeanu

Participarea la viața de zi cu zi a adulților cu dizabilități multiple și ceea ce presupune aceasta, cum se conjugă participarea cu posibilitățile oferite de o societate sau alta, ce condiții sunt necesare a fi întrunite pentru ca aceste persoane să fie cu adevărat implicate, în viața de zi cu zi, precum și alte aspecte conexe, reprezintă în ansamblu un domeniu ce este încă insuficient explorat (Talman et al., 2017).

Deși atunci când ne gândim la un adult cu dizabilități asociate, ne gândim implicit la multiple limitări, risc de mortalitate timpurie mai ridicată, este la fel de valabil și faptul că mulți dintre acești adulți trăiesc ani buni, recunosc persoanele de referință din mediul lor de viață și au interacțiuni variate cu aceștia, răspund relativ autonom la solicitări și se pot bucura de activități/ relații. În ciuda imaginii mai curând marcate de dificultăți, familiile lor sunt, ca orice altă familie, interesate să le ofere cele mai bune oportunități, iubindu-i și sperând pentru ei că vor avea parte de o existență demnă, în siguranță. Provocarea cea mai mare a familiilor sau sistemului de suport al adultului cu dizabilități rămâne aceea de a identifica cele mai bune servicii. Acestea ar trebui să fie situate cât mai aproape, să reprezinte soluții cât mai în acord cu particularitățile persoanei lor dragi, cu dizabilități multiple, care să asigure permanența, în eventualitatea în care oricare dintre ei nu mai poate monitoriza acest adult și/ sau ca un plan pentru când aceștia nu vor mai putea asista acest adult special, pentru că nu vor mai fi în viață.

În plus, orice abordare a problematicii adulților cu dizabilități se ramifică în funcție de un aspect critic – de când și în ce condiții a apărut dizabilitatea; vorbim deopotrivă despre:

a. provocări și evoluție a unei persoane care s-a născut cu dizabilitatea (sau aceasta s-a instalat timpuriu, de regulă în copilăria mică), a evoluat și acum acesta se confruntă cu procese specifice degenerative/de îmbătrânire, dar și de
b. adulți care au dobândit dizabilitatea la vârste variate, a căror identitate a cunoscut o schimbare, de regulă dramatică și, care, deși se confruntă în linii mari cu aceleași provocări, ca și prima categorie, au și o serie de particularități de sine stătătoare.

Rocco și Delgado (2011) analizează critic discursul educatorilor când vine vorba de adulții cu dizabilități și constată cel puțin 3 vulnerabilități ce derivă din faptul că:

1. Procesul prin care o persoană dobândește dizabilitatea se suprapune, de cele mai multe ori, cu cel prin care acesta și sistemul lui de îngrijire (familie, specialiști etc.) efectiv învață despre conceptul de dizabilitate și tot ce este asociat acestuia, pentru prima oară.
2. Un număr din ce în ce mai mare de adulți care au dizabilități accesează forme de educație superioară.
3. Dizabilitatea are un impact semnificativ asupra identității persoanei, diminuând în cele mai multe cazuri posibilitatea ca adultul cu dizabilități să poată participa egal în muncă, educație și activități de petrecere a timpului liber.

Aceiași autori atrag atenția asupra unui concept esențial, ableismul. Ableismul este „o rețea de credințe, procese și practici care produce un anumit tip de sine și corp (standardul corporal) care este proiectat ca perfect, specific speciei și, prin urmare, esențial și pe deplin uman. Prin urmare, dizabilitatea este prezentată ca o stare ce diminuează posibilitatea de a fi „uman" (Campbell, 2001, p. 44 apud Rocco, Delgado, 2011). Ableismul include, de asemenea, elemente paternaliste de simpatie, subordonare economică și tratarea adulților ca pe niște copii despre care se presupune că sunt „neputincioși, dependenți, asexuați, neproductivi

din punct de vedere economic, limitați din punct de vedere fizic, imaturi emoțional și acceptabili numai atunci când sunt discreți", astfel încât alți adulți tipici, din jurul lor să poată „acționa ca protectori, ghiduri, lideri, modele de urmat și intermediari pentru persoanele cu dizabilități" (Hahn, 1986, p. 130 apud Rocco, Delgado, 2011).

Pe de altă parte, într-un studiu recent Lipka et al. (2020) atrag atenția asupra unui concept de mult definit, și anume dizabilitatea ascunsă, definite drept „orice condiției ce nu conduce la nici un semn atipic sau la nici o limitare a funcționalității care să fie deplin observabilă celor care interacționează marginal cu individul". Deși nu la fel de vulnerabili, adulții care se confruntă cu astfel de dificultăți invizibile pot experimenta obstacole la angajare, cel mai adesea puse pe seama anxietății corelate acestei dizabilități invizibile.

Pentru a putea urmări informațiile abordate mai departe de prezentul capitol, vom fixa definiția în baza căreia am operat în întreg procesul de documentare și redactare a acestui material, delimitându-ne de viziunile limitative sus-menționate. Ne vom referi la adultul cu dizabilități adulte/ sau asociate ca la orice ființă umană, demnă de a fi iubită și îngrijită, care dezvoltă, în acord cu potențialul său, toate procesele psihice, în baza cărora poate accesa o diversitate de oportunități de viață, își creionează o identitate și face parte din tot atâtea rețele sociale, câte poate accesa nerestricționat de întâlnirea nefastă dintre posibilitățile mediului în care viețuiește și eventualele limitări, derivate din asocierea de dizabilități.

Vom considera deopotrivă asocierea dintre dizabilități multiple cunoscute (intelectuale, fizice, senzoriale etc.), dar și asocierea dintre cel puțin o dizabilitate cu semne clinice recognoscibile și una ascunsă. În situația asocierii dintre două sau mai multe dizabilități, este critic să facem și distincția dintre:

a. Asocieri de dizabilități de severitate medie spre ușoară, care permite persoanei grade variabile de independență/ autonomie (de ex., asocierea dintre pierderi de văz și auz, asocierea dintre intelectul de limită și o dizabilitate fizică sau tot una senzorială etc.)

b. Asociere dintre dizabilități de severitate ridicată, de regulă limitând dezvoltarea persoanei până la incapacitatea de autonomie (de ex. surdocecitatea – pierderea completă a văzului și auzului, formele severe de paralizie cerebrală, adulți cu traumatisme severe, ce rămân imobilizați pentru tot restul vieții).

Un subgrup important, tratat separat în literatură, este cel al asocierii dintre o deficiență intelectuală profundă (un nivel al coeficientului de inteligență evaluat sub 20) și alte tipuri de dizabilitate asociate: dizabilități motorii severe (paraplegii sau hemiplegii severe), dizabilități senzoriale, dar si probleme medicale adiacente (crize de epilepsie, probleme respiratorii, dificultăți alimentare); un alt subgrup a cărui incidență a crescut în ultimii 15 ani este cel care asociază dizabilități diverse (fizice, intelectuale, senzoriale) cu o condiție pervazivă de decalaj în dezvoltare (generic asociate cu tulburările din spectrul autist, dar în fapt făcând parte dintr-un tablou mult mai larg). Diversitatea de asocieri este așadar una copleșitoare. Ne propunem să evidențiem câteva din aspectele pe care toate aceste asocieri le generează în felul de a fi și de a se dezvolta al adulților aflați în această situație.

Deopotrivă, este important să menționăm că ne aliniem viziunilor care analizează etapa de vârstă adultă cu o definiție mai curând funcțională, mai puțin limitată de reperele de vârstă cronologică sau de trecerea de la o formă de educație la angajare în câmpul muncii. Ca atare, ne inspiră definiții precum cea formulată de Ferguson și Ferguson (2006), conform căreia a fi adult se referă la capacitatea de a fi autonom, la capacitatea unui individ de a își afirma individualitatea și independența, la posibilitatea ca acesta să aparțină mai multor grupuri (ceea ce include afilierea sa și acceptarea de către diverse grupuri și organizații), precum și la posibilitatea acestei ființe de a se ajusta la diverse schimbări/ tranziții, adică de a se putea angaja într-un proces de continuă creștere personală.

Acest tip de abordarea se corelează adesea cu un alt concept larg întâlnit, calitatea vieții. Ne ne propunem să dezbatem în acest capitol viziunile diverse de conceptualizare a calității vieții, ci mai curând ne aliniem cu Schalock (2000), autor ce propune o taxonomie specifică

problematicii calității vieții în context de dizabilitate și evidențiază 8 domenii majore:

1. Stare de bine materială (corelată cu ceea ce o persoană cu dizabilități poate avea în posesie, dar și cu abilitatea sa de a accesa și menține un loc de muncă);
2. Stare de bine emoțională;
3. Stare de bine fizică;
4. Autodeterminare (capacitate de control, posibilitatea de a face alegeri);
5. Drepturi (dreptul la o viață privată, nesupravegheată, accesul la diverse oportunități, fără bariere)
6. Incluziune socială (participare nemediată, medii care să ofere posibilități variate de integrare)
7. Relații interpersonale (afiliere la organizații, prietenii, intimitate, viață sexuală);
8. Dezvoltare personală (dezvoltarea de competențe, acces la educație).

Un efort notabil a fost depus atât de comunitatea științifică, precum și de legiuitori, în crearea de cadre conceptuale și sisteme de clasificare aferente dizabilității care să împărtășească o înțelegere că oportunitatea unui individ de a efectua orice activitate depinde atât de caracteristicile sale individuale (abilități, limitări), cât și factorii de mediu. Acești factorii de mediu includ așteptările, cerințele și ajustările disponibile în mediul social și fizic care transformă deficiențele (mentale, fizice) și limitările funcționale derivate (incapacitatea de a efectua activități tipice la un nivel de competență așteptat) în elemente de handicap, înțeles ca și incapacitatea de a îndeplini roluri sociale tipice, ce limitează semnificativ posibilitatea acestui individ de a participa nestingherit.

Prin definiție, persoanele identificate cu multiple dizabilități au limitări funcționale în domenii asociate vieții independente (îngrijire de sine, comunicare, mobilitate, bunăstare materială, autosuficiență etc.). Aceste limitări pot contribui la dizabilitate, dar efectele lor pot fi, într-o anumită măsură, anulate de „ajustări" de mediu care să modifice cererile

și așteptările, astfel încât individul să poată îndeplini, cel puțin o serie din rolurile sociale tipice, precum să poată locui independent sau într-o locuință proprie cu minimă asistență.

Ajustările tipice includ modificări fizice (de exemplu, rampe, bucătării, băi sau spații de locuit întregi reproiectate), folosirea, din ce în ce mai mult, de tehnologii (de exemplu, sisteme de alertă, telefoane cu apelare cu o singură atingere), designul de forme de sprijin modificate (de exemplu, apeluri telefonice, formare de abilități de viață independentă, mai degrabă decât îngrijire personală) sau medii din start atent selectate (de exemplu, alegerea locuințelor în apropierea magazinelor, familiei extinse și/sau locului de muncă, pentru a reduce necesitatea de deplasare, pentru o persoană fără independență în acest sens sau acolo unde transportul public nu este linear accesibil).

Discuția asupra acestor probleme poate părea academică, dar ele sunt în centrul unor preocupări contemporane ce sprijină modelul centrat pe a ajuta oamenii să trăiască independent, minimizând efectele limitărilor lor; această preocupare nu este nicidecum exclusiv pentru adulți cu dizabilități, ci include o gamă mai variată de adulți/ seniori ce pot necesita asistență. Ajutorul la nevoie poate veni de la personal plătit sau persoane fizice neplătite, denumite „resurse naturale de sprijin", care includ adesea familia, vecinii, prietenii, dar și asociații, voluntari.

Profilul psihosocial al adultului cu dizabilități multiple

Prezentăm, într-o manieră sintetică, o serie din particularitățile specifice adulților cu dizabilități asociate, ținând cont de diferențierea realizată în prima parte a capitolului; menținem ideea că prezența unor dificultăți sau a altora depinde mult de combinația dintre factorii individuali și cei de mediu, marcând acele provocări ce sunt mai probabil să apară la o categorie sau alta:

Arie majoră	Sub-aspect	Asocieri de dizabilități de severitate medie spre ușoară	Asocieri de dizabilități severe
Procese senzoriale și motorii	Dificultate în mobilitate	√	√√
	Neîndemânatic și incomod din punct de vedere fizic	√	√√√
	Dificultate de a participa la jocuri care implică abilități motorii	√	√√
	Deficite motorii fine	√	√√√
	Poate avea dificultăți în localizarea direcției sunetului, sursei de lumină etc.	√	√√
Procese cognitive	Problemă la procesarea informațiilor	√	√√√
	Memoria slabă pe termen scurt/lung	√	√√√
	Incapacitate de organizare/rezolvare a problemelor răspunsuri	√	√√√
	Slab în abilități de rezolvare a problemelor	√	√√√
	Dificultăți de generalizare a abilităților de la o situație la alta	√	√√√
	Lipsește abilități de gândire și înțelegere la nivel înalt	√	√√√
	Probleme în gândirea abstractă	√	√√√
Funcții executive și comunicare	Dificultăți în menținerea atenției	√	√√√
	Dificultăți în stabilirea și urmărirea unor planuri	√	√√√
	Dificultăți în îndeplinirea sarcinilor	√	√√√
	Dificultate de a învăța despre obiecte și relațiile lor	√	√√√

Arie majoră	Sub-aspect	Asocieri de dizabilități de severitate medie spre ușoară	Asocieri de dizabilități severe
	Comunicarea este afectată		√√√
	Poate avea un discurs caracterizat prin substituire, omisiuni	√	√√√
	Slab în învățare (educația este afectată)		√√√
Reglare emoțională și viață afectivă	Crizele de furie frecvente	√	√√√
	Instabilitate emoțională / imaturitate emoțională pregnantă		√√√
	Poate deveni, în special, fricos, furios și supărat în fața schimbărilor forțate sau neașteptate		√√√
	Reglare emoțională deficitară	√	√√√
Comportament și conduită socială	Interacțiunea cu oamenii este limitată/ Tendința de a se retrage din societate	√	√√√
	Uită abilitățile prin neutilizare	√	√√√
	Prezintă un comportament impulsiv	√	√√√
	Problemele medicale pot însoți dizabilități severe (inclusiv convulsii, pierderi senzoriale, hidrocefalie, scleroză)= spitalizare îndelungată, consecințe derivate		√√√
	Poate executa un comportament auto-vătămător	√	√√√
	Probleme în realizarea sarcinilor de autoîngrijire	√	√√√

Arie majoră	Sub-aspect	Asocieri de dizabilități de severitate medie spre ușoară	Asocieri de dizabilități severe
Personalitate	Nesiguranță și imagine de sine distorsionată Dependență excesivă de alții Deschidere Agreabilitate Nevrozism Conștiinciozitate Extraversiune	Impactul prezenței dizabilităților asupra personalității poate fi extrem de variat, este necesar să fie corespunzător evaluat.	Impactul prezenței dizabilităților asupra personalității poate fi extrem de variat, este necesar să fie corespunzător evaluat.

În afara acestui tablou sintetic, sunt câteva alte elemente ce trebuie aduse în discuție:

Ajustarea ca și proces central în evoluția adultului cu dizabilități multiple

Lipka et al. (2020) argumentează în favoarea unei definiri multifațetate pentru ceea ce înseamnă ajustarea în prezența dizabilității; ei aplică definiția pentru tranziția la viața academică și sugerează că ajustarea academică cuprinde funcționarea în patru domenii distincte: 1. „realizările academice", incluzând motivația pentru învățare, adecvarea abilităților la cerințele academice și capacitatea de a obține note satisfăcătoare: 2. „ajustarea socială", cuprinzând implicarea în mediul de studiu, inclusiv capacitatea de a stabili rețele sociale; 3. „ajustarea emoțională personală", reflectând condițiile psihologice și fizice în care adultul tânăr are nevoie să se imerseze, indicator al autopercepției și reflector al capacității de a face față provocărilor legate de studio, mai ales cele ce pot duce la stres și anxietate; 4. „ajustarea instituțională", implicând modul în care învățăcelul simte relația cu cadrele universitare, în general, și cu mediul lor academic, în special.

Modelul propus se poate însă, fără dubiu, extinde și pentru alte tipuri de tranziții pe care o persoană adultă, cu multiple provocări induse și de dizabilitate, le are de gestionat. Cele 4 componente rămân la fel de importante; fie că discutăm despre accesarea unui loc de muncă, despre

întemeierea unei familii sau despre pregătirea pentru o viață fără de îngrijitorul primar, adultul cu dizabilitate trebuie să își păstreze motivația pentru a obține rezultate satisfăcătorii, să se reajusteze permanent din perspectiva socială, pentru a se integra în diverse contexte, să se repoziționeze emoțional și, nu în ultimul rând, să se poată integra instituțional. Desigur, acest proces va comporta etape foarte diferite dacă ne referim la un adult cu dizabilități multiple care a evoluat, diversele provocări fiind prezente încă din copilărie, comparative cu un adult a cărui complex de provocări derivate din dizabilitate s-au instalat la vârstă înaintată (fie din cauza unui accident, fie dintr-o altă situație de boală etc.).

**** Durerea cronică și efectele sale asupra adultului cu dizabilități multiple***

În contextul generat de asocierea de cel puțin două tipuri de dizabilitate, atât la vârste timpurii, dar cu atât mai mult la vârsta adultă, arareori putem evita aducerea în discuție a componentei de durere. Fie că ne referim la o durere cronică, de intensitate variată, dar care este menținută „sub control" cu ajutorul medicației specifice, fie că ne referim la atacuri dureroase intense (unele necesitând intervenție medicală de urgență), fie că facem referire la somatizare prin dureri vagi și difuze, realitatea este la fel de provocatoare. Casey et al. (2008) și Sullivan et al. (2013) se referă la conexiunea dintre cele 2 concepte, durere și dizabilitate, propunând chiar un model în care tranziția de la durerea acută către cea cronică este în fapt și o tranziției către instalarea stării de dizabilitate; pe de altă parte, studii precum cele efectuate de Glavare et al. (2012), Fielden & Lesser (2020) punctează mai curând impactul durerii cronice asupra capacității de muncă a persoanei cu diferite dizabilități multiple.

Interesul nostru este însă acela de a atrage atenția asupra unei conceptualizări mai largi ale noțiunii de durere, sub umbrela de „durere totală", prima dată descrisă de Dame Cecily Saunders (1967). Autoarea atrage atenția asupra limitării definiției prin raportare la aspectele fizice, introducând ideea de a considera durerea în ansamblul trăirii ei, ansamblu influențat de alți factori mai puțini vizibili, precum cei psihologici, spirituali și sociali. Regăsim ideea în abordări mai recente (Doody și

Bailey, 2019) și ne aliniem în a considera că provocările unei persoane cu dizabilități asociate (în special, cei cu dizabilități severe asociate) presupun trăirea unor nivele extrem de variate de durere, pe care adesea nu au nici o posibilitate să o exprime/ nuanțeze, care generează disconfort și lipsă de speranță, conducând la o întreagă altă serie de „provocări invizibile": anxietate sporită, ambivalență afectivă ridicată, cu episoade depresive clinice și subclinice, tentative de suicid etc. Problematica asocierii dintre suferința psihică și prezența dizabilităților asociate merită abordată ca atare, în diverse capitole distincte; în economia capitolului curent, alegerea noastră e aceea de a îngloba această componentă a vieții adultului cu dizabilitate multiplă sub umbrela generică a durerii totale, punctând desigur efectele, uneori dramatice, asupra calității vieții acestora.

Timpul liber

Un subiect tratat cu o atitudine de îngrijorare, de majoritatea comunității de cercetători ai dizabilității, este cel corelat cu accentul foarte scăzut pe a asigura adultului cu dizabilități, în genere, implicit și celui cu dificultăți multiple, oportunități de petrecere a timpului liber. O parte din argumente sunt generate de comparația cu preocuparea pentru ca adultul să poată accesa oportunități educaționale sau de angajare, semnificativ mai ridicată, alte studii nici măcar nu menționează această comparație, ci subliniază absența oricărei preocupări legate de activități de loisir/ petrecere a timpului liber în adevăratul sens al expresiei (nu discutăm despre suprapunerea cu activități de terapie ocupațională, a căror beneficiu este evident și creșterea stării de bine a adultului și oferirea de sugestii pentru petrecerea timpului liber, ci ne referim strict la designul unor rutine care să îi permit adultului să aibă un timp liber petrecut în acord cu nevoile sale). Spre exemplu, Taylor și Hodapp (2012) analizează fenomenul prin ochii fraților adulților cu dizabilități asociate; este vorba de 796 de frați/ surori ai unor adulți cu dizabilități intelectuale și pervazive de dezvoltare; aceștia raportează cu peste 13% dintre adulții cu dizabilități multiple sunt lipsiți de activități de zi cu zi, prin urmare au

mai multe probleme emoționale și comportamentale, sunt mai puțin deserviți de servicii specializate și au părinți care sunt mai puțin capabili să le ofere îngrijire constantă. Un rezultat interesant arată că deși acești aparținători sunt mai înclinați spre simptome depresive, o stare de sănătate generală mai proastă și o calitate a relației cu frații/ surorile lor mai redusă, variabila lipsei de activitate cotidiană nu mai prezice aceste probleme dacă sunt controlate caracteristicile ce predispun adulții cu dizabilități intelectuale și pervazive de dezvoltare la o mai mică implicare în activități.

Modele de intervenție și eficacitatea lor

La sfârșitul anilor 1960, Nirje (1969) a fost pionerul „principiului normalizării"; principalul țel al acestui principiu se referă la obținerea unei existențe cât mai apropiate de normalitate de către persoana cu dizabilități. Principiul a fost menit să furnizeze un ghidaj în crearea de servicii care să înlesnească această existență „cât mai normală", fiind evidențiate 8 componente cheie:

1. Un ritm normal zilnic;
2. O rutină normală de viață;
3. Un ritm normal anual;
4. Experiențe de dezvoltare normală prin raportare la ciclurile vieții;
5. Considerarea și respectarea opțiunilor, dorințelor, nevoilor persoanei cu dizabilități;
6. Traiul într-o lume bisexuală;
7. Facilitarea unui standard economic normal;
8. Servicii la standarde similare celor disponibile oricărei alte persoane.

Câteva decade mai târziu, Wolfensberger (2000), pornind tot de la ideea de normalizare, propune conceptualizarea mai curând în termeni de valorizare socială a rolului jucat de o persoană; concret, Wolfensberger (2000) afirmă că o persoană cu dizabilități poate fi valorizată corespunzător de către ceilalți membri ai societății dacă își asumă o identitate

socială corelată cu un set de activități ce sunt social valorizate. În designul intervențiilor care să adreseze nevoile adultului cu dizabilități, acest principiu presupune să fie evitat orice fel de serviciu care să perpetueze perceperea persoanei cu dizabilități, ajunsă la vârstă adultă, drept copilăroasă sau chiar „un etern copil".

Încă o decadă mai târziu, o altă abordarea adresează tabloul complex al provocărilor specifice adultului cu dizabilități multiple. Forster (2010) argumentează în favoarea unei abordări critice la adresa ideii de măsuri „adecvate vârstei". Practic, autoarea arată că atât principiul normalizării, cât și cel al valorii sociale au scris istorie tocmai pentru că nu au tapat în jurul unei construcții identitare și de capabilități a persoanei adulte cu dizabilități care să se raporteze la ceea ce ne așteptăm să facă un adult, în genere. Cu alte cuvinte, cu cât ne uităm la ceea ce poate să facă și ce nu poate realiza un adult cu dizabilități asociate prin raportare la ceea ce face un adult tipic, cu atât descresc șansele de a putea evalua această persoană ca fiind capabilă de autonomie, decizii personale și, în fapt, de o existență în acord cu nevoile și potențialul său. Mai curând, condamnăm acest adult la accesarea strictă a acelor opțiuni de sprijin și intervenție care să adâncească perceperea lui ca fiind fragil, dependent, „perpetuu copil". „În concordanță cu principiile centrării pe persoană, politicile și ghidurile de practică care afectează viețile persoanelor cu dizabilități ar trebui să fie construite pe nevoile și prioritățile persoanelor țintă și, în acest sens, interesele persoanelor cu dizabilități multiple ar trebui să fie văzute ca mai mult importante decât crearea de fațade acceptabile, adecvate vârstei lor. Forțarea oamenilor să facă activități fără sens în numele trecerii ca normali nu este demn pentru persoană și poate fi interpretată ca o formă de înjosire și etichetare. Nu susțin o revenire la infantilismul nediscriminatoriu. Adulții cu dizabilități asociate nu ar trebui să aibă experiențele de viață limitate sau să li se vorbească la fel ca bebelușii, dar fiecare individ ar trebui să fie sprijinit și să i se vorbească într-un mod care este relevant pentru el sau ea. Dacă asta înseamnă folosirea jucăriilor, expresia facială animată, contactul apropiat și propozițiile scurte, atunci acesta este ceea ce este cel mai demn pentru persoană (Forster, 2010, p. 131).

Dintr-o perspectivă de analiză mai pragmatică, raportată și la politica de costuri, Hatton et al. (1995) compară costurile și calitatea a patru modele diferite de servicii pentru 40 de adulți cu dizabilități multiple. Cele patru modele de servicii au fost: servicii specializate oferite în cadrul unor instituții dedicate acestei tipologii de beneficiari; oportunități de continuare a educației, în stil campus; oportunități de coabitare în sistem rezidențial, specializat pentru problematica adulților beneficiari, ceea ce creează o comunitate cu particularități bine definite; facilități rezidențiale fără o specializare anume, care pun laolaltă mai multe tipuri de dificultăți. Așa cum e ușor de intuit, sistemele rezidențiale specializate sunt cele în interiorul cărora adulții au raportat cele mai bune servicii, prin raportare la nevoile lor; interesant e că autorii nu raportează costurile semnificativ mai ridicate pentru acest tip de abordare, dar ținem cont în analiza curentă de realitatea în schimbare, față de 1995, precum și de aplicabilitatea acestor concluzii în spațiul românesc.

Urmărind în special modele de intervenție pentru subgrupul de adulți cu dizabilități asociate severe, documentate de studii riguroase, publicate, Maes et al. (2007) identifică 16 articole corespunzătoare criteriilor; analiza lor relevă faptul că diversitatea este cuvântul cheie. În privința domeniilor de bunăstare fizică, emoțională și materială, dar și de dezvoltare personală, intervențiile raportate a fi cele mai eficiente sunt centrate pe beneficiar – adultul cu dizabilități multiple, în vreme ce intervențiile menite să sporească relaționarea socială a acestora sau capacitatea lor de auto-determinare sunt mai curând de tipul pachetelor de formare adresate personalului care lucrează cu beneficiarii adulți, care sprijină altfel spus crearea acestor abilități. Fie că sunt de sorginte cognitiv-comportamentală, fie că sunt mai curând derivate dintr-o viziune centrată pe creșterea calității vieții, trăsătura comună a intervențiilor eficiente este aceea de a fi fost aplicate în contexte naturale, de zi cu zi, în care persoana se poate manifesta plenar.

Pe de altă parte, în 2005, Rocco introduce o reconceptualizare a unei teoriei care să critice viziunea asupra dizabilității. Cele șase principii care explică teoria sunt:

1. Persoanele cu dizabilități au o voce unică și o experiență complexă.
2. Dizabilitatea ar trebui privită ca parte a unui continuum de variații umane (idee propusă inițial de Asch (2001), reluată de Rocco, 2005).
3. Dizabilitatea este construită social (idee propusă inițial de Oliver, 1990; 1996).
4. Able-ismul este invizibil.
5. Persoanele cu handicap au dreptul la autodeterminare (idee introdusă și de Gorman, 2000).
6. Exploatarea comercială a forței de muncă și a afacerilor destinate gestionării dizabilității (industria care există pentru îngrijirea persoanelor cu dizabilități, cum ar fi casele de bătrâni, instituțiile de sprijin și terapie etc.) se combină pentru a menține un sistem de sărăcie și izolare în rândul persoanelor cu dizabilități (idee introdusă și Albrecht, 1992).

Pe aceste premise, utilitatea centrelor rezidențiale e deja pusă la îndoială, soluțiile se orientează mai curând spre alte tipuri de servicii, care să permită acestor adulți vieți cu grade variabile de autonomie. În aceeași idee, analizând progresul realizat în implementarea programului „Valorizând oamenii" lansat în (2001), Mansell (2010) constată, 9 ani mai târziu, că progresul s-a înregistrat, dar categoria de adulți cu multiple provocări încă mai are nevoie de atenția comisarilor/ a celor care sunt responsabili de politici. Conform acestei analize, cele mai bune exemple de bune practici se referă la „agendele personalizate" – cadre de planificare centrate pe nevoile persoanei, așadar soluții individualizate în cel mai mic detaliu, care pun provocări diverse la nivel de buget individual și posibilități de autofinanțare pentru a putea include toate serviciile. Acestea se deosebesc profund de modelele anterior discutate, mult mai cunoscute, dar și economic mai ușor de susținut, în care adulții cu dizabilități asociate sunt puși laolaltă în comunități/ facilități de grup extins și sunt deserviți de personal specializat, dar au posibilități limitate de a acționa autonom.

Pornind și de la aspectele destinate în prima parte a acestui capitol, temele cheie când vine vorba de intervenția eficientă pentru adultul cu dizabilități multiple se referă la:

a. Facilitarea independenței

Cuvântul central e „asistarea", cu sensul de a asigura clienților adulți și familiilor acestora opțiunile din care aceștia să aleagă o combinație optimă, ce răspunde cel mai bine nevoilor, și le permite să fie cu toții, eficienți și productivi.

b. Dezvoltarea de rețele de sprijin organice

Încurajarea sistemului să apeleze organic la diverse tipuri de sprijin: ajutor financiar din partea unor entități economice, sprijin legal, voluntari, programe educaționale, dar și grupuri de suport, vecini și familie, toate și oricare cu dublu rol: a. exersarea de către cei direct implicați a posturii de a solicita ajutor fără să se simte umiliți, neputincioși, nesănătos dependenți de alții: b. compensarea/ minimizarea fatigabilității firesc asociată cu uzura gestionării unei condiții multiplu dizabilitante.

c. Designul de programe de sprijin variate

Programe de sprijinirea a angajabilității, centre de activități, centre de dezvoltare personală pentru adulți, programe de gestiune a comportamentului, programe de facilitare a traiului independent, programe de reabilitare, consiliere, intervenție timpurie, asigurarea serviciilor de interpretare, apelul la servicii de sprijin, pe termen scurt, asigurând un timp de respiro/ odihnă/ relaxare.

Când vine vorba de implicarea familiilor, exemplele de bune practici se coagulează în jurul ideii de „familie ca leader expert" în configurarea combinației de servicii aliniate cu nevoile adultului cu dizabilități asociate (Mansell, 2010; Talman, 2017, 2018). Rolul lor de acest tip pare intuitiv: cine să cunoască mai bine, dacă nu familia profilul acestui adult, nevoile sale și pârghiile ce pot fi acționate pentru a spori complianța acestuia la intervenție?!. Recunoașterea expertizei și implicării familiei în cele mai adecvate soluții de gestiune a unui adult cu dizabilități asociate duce la o abordare care nu este, în final, centrată pe acel adult, ci mai curând centrată pe întreg sistemul familial care sprijină acest adult; prin

urmare parteneriatul este bidirecțional: familia sprijină specialiștii în selectarea celor mai bune intervenții pentru adultul cu dizabilități, dar permite deopotrivă să fie sprijiniți de aceștia în gestiunea propriilor provocări. Problema costurilor suplimentare intervine adesea în a limita disponibilitatea familiei de a se poziționa și pe sine ca și „client" egal al acestor tipuri de servicii; alteori, când organizațiile au soluții de finanțare și pot oferi și familiei intervenție fără ca aceasta să suporte alte costuri, limitările vin țin de variabile individuale specifice: teama de vulnerabilitate, obișnuința membrilor familiei de a își amorți simțurile și trăirile pentru a putea gestiona provocarea, prin urmare teama că dacă acceptă intervenție nu vor mai putea apela atât de ușor la acest mecanism protectiv etc.

Viziunea noastră, aliniată și cu alți autori, este aceea că rolul central al familiei în designul celei mai bune intervenții, nu este întotdeauna soluția optimă. Adesea familia, prinsă în propriul travaliu de înțelegere și acceptare a provocărilor care derivă din profilul adultului cu dizabilități multiple, are judecata / evaluarea acestui profil „întunecată" de propriile limitări, spaime, fie sub sau supraestimând potențialul de recuperare al acestui membru al familiei, fie trăind fenomene de tip epuizare, fatigabilitate care îi duc în lipsă de speranță „totală".

În loc de concluzii

Aspectele discutate de capitolul curent sunt o invitație la analiză când vine vorba de situația adulților cu dizabilități asociate, în România, unde, mai ales în zonele mai defavorizate ale țării, inegalitățile se acutizează. În loc de a încuraja un discurs negativ, critic, aducem în prim plan o viziune propusă de Talman et al. (2017), care la rândul lor se inspiră din teoria redistribuirii și recunoașterii, așa cum este aceasta propusă de către Fraser (2003). Viziunea dezbate soluții posibile pentru 2 tipuri de nedreptate ce pot afecta persoana cu dizabilități, în genere, implicit, cu atât mai mult, un adult cu dizabilități asociate. Pe de o parte, se face vorbire despre nedreptatea din interiorul unei culturi axate pe

construirea unei referințe dominante; practic, este vorba despre acele reprezentări sociale, interpretări și modelele de comunicare cu privire la o categorie de persoane ce îi descriu pe aceștia ca fiind fundamental diferiți, împingându-i să se alinieze culturii dominante, chiar dacă aceasta le este ostilă, potrivnică și chiar îi înstrăinează. Ținând cont de toate cele recapitulate în prezentul capitol, este evident că un adult cu dizabilități asociate nu se poate conforma modelului dominant, oricât de multe eforturi ar fi depuse, ceea ce îl poate costa experiențe în care se va simți nerespectat și invizibil în raport cu alți indivizi sau grupuri întregi din care și-ar dori să facă parte.

Pe de altă parte, aceeași autori fac referire la nedreptăți socio-economice corelate cu avantajele politico-economice decurgând din avantajarea anumitor categorii și dezavantajarea altora, în cazul adulților cu dizabilități multiple putându-ne referi cu prisosință la slujbe prost plătite sau chiar absența oportunităților de lucru independent, precum și condiții proaste de trai.

Contracararea acestor două surse de nedreptate, spune Fraser (2003) poate fi realizată cu ajutorul recunoașterii și redistribuirii; concret, combatem nedreptatea/injustețea culturală prin practicarea recunoașterii diversității și nedreptatea economică, politică prin mai buna redistribuire a puterii și avantajelor. În teorie, aparent lesne de realizat, în practică, din păcate, mult mai dificil de găsit soluții optime. De ce? Tocmai pentru că recunoașterea face adesea imposibilă redistribuirea, și viceversa.

Pentru a aborda această dilemă, Fraser (2003 apud Talman, 2018) susține că există două metode sau tratamente diferite: prima metodă este afirmarea, iar a doua este transformarea. Prin afirmare se urmărește eliminarea nedreptății fără a schimba cu adevărat structurile care creează inegalitatea, în timp ce transformarea se referă la schimbarea structurilor care creează inegalitatea. Soluția lui Fraser la dilema pe care au oamenii expuși atât la nedreptățile culturale, cât și la cele economice, printre care și adulții cu dizabilități asociate, caută să reconcilieze cât de mult posibil recunoașterea cu redistribuirea, argumentul fiind că altfel nu există teren de mijloc. Invitația noastră deschisă către cititorii acestui capitol este

tocmai aceea de a reflecta la modalitățile prin care noi toți (indiferent dacă din rolul de profesioniști implicați în lucrul cu adultul afectat de dizabilitate sau din rolul de cetățeni obișnuiți) putem contribui la crearea de oportunități ca aceștia să se poată afirma, despre ce transformări este vorba și pe câte din acestea le putem noi facilita, la scală de microsisteme (grupuri, vecinătăți, comunități diverse), pentru că așteptând ca schimbarea să se producă la nivel de macrosistem, putem deja lesne concluziona, că e un proces lipsit de speranță.

Bibliografie

Casey, C. Y., Greenberg, M. A., Nicassio, P. M., Harpin, R. E., & Hubbard, D. (2008). Transition from acute to chronic pain and disability: A model including cognitive, affective, and trauma factors. Pain, 134(1–2), 69–79.

Doody, O., & Bailey, M. E. (2019). Understanding pain physiology and its application to person with intellectual disability. Journal of intellectual disabilities: JOID, 23(1), 5–18. https://doi.org/10.1177/1744629517708680

Falvo D. R., Allen H., Maki D. R. (1982). Psycho-social aspects of invisible disability. *Rehabil. Literature* 43 2–6.

Ferguson, P., & Ferguson, D. (2006). The promise of adulthood. In M. E. Snell & F. Brown (Eds.), Instruction of students with severe disabilities (6th ed., pp. 610–637). Upper Saddle River, NJ: Pearson

Fielden, S.L., Lesser, P.J.A. (2020). The Impact of Pain on Work and Professional Careers. In: Fielden, S.L., Moore, M.E., Bend, G.L. (eds) The Palgrave Handbook of Disability at Work. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42966-9_14

Fielden, S.L., Lesser, P.J.A. (2020). The Impact of Pain on Work and Professional Careers. In: Fielden, S.L., Moore, M.E., Bend, G.L. (eds) The Palgrave Handbook of Disability at Work. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42966-9_14

Forster S. (2010). Age-appropriateness: enabler or barrier to a good life for people with profound intellectual and multiple disabilities?. Journal of intellectual & developmental disability, 35(2), 129–131. https://doi.org/10.3109/13668251003694606

Glavare, M., Löfgren, M., & Schult, M. L. (2012). Between unemployment and employment: Experience of unemployed long-term pain sufferers. Work, 43(4), 475–485.

http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1230447/FULLTEXT02.pdf

https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-06/Raising_our_Sights_report.pdf

Lipka, O., Sarid, M., Aharoni Zorach, I., Bufman, A., Hagag, A. A., & Peretz, H. (2020). Adjustment to Higher Education: A Comparison of Students With and Without Disabilities. Frontiers in psychology, 11, 923. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00923

Maes, B., Lambrechts, G., Hostyn, I., & Petry, K. (2007). Quality-enhancing interventions for people with profound intellectual and multiple disabilities: a review of the empirical research literature. Journal of intellectual & developmental disability, 32(3), 163–178. https://doi.org/10.1080/13668250701549427

Mansell, (2010). Raising our sights: services for adults with profound intellectual and multiple disabilities, Merrill Prentice Hall.

Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. In R. B. Kugel & W. Wolfensberger (Eds.), Changing patterns in residential services for the mentally retarded (pp. 181-195). Washington, DC: President's Comittee on Mental Retardation.

Rocco, T. S. (2005). "From Disability Studies to Critical Race Theory: Working Towards Critical Disability Theory." Proceedings of the 46th Annual Adult Education Research Conference. Athens: University of Georgia

Rocco, T.S., Delgado, A. (2011), Shifting lenses: A critical examination of disability in adult education. New Directions for Adult and Continuing Education, 2011: 3-12. https://doi.org/10.1002/ace.426

Saunders, C.M. (1967) The Management of Terminal Illness. London: Hospital Medicine Publications.

Schalock, R. (2000). Three decades of quality of life: Mental retardation in the 21st century. In M. L.Wehmeyer & J. R. Patton (Eds.), Mental retardation in the year 2000 (pp. 335–355). Austin, TX:

Schwean, V.L. (1999). Looking Ahead: The Adjustment of Adults with Disabilities. In: Schwean, V.L., Saklofske, D.H. (eds) Handbook of Psychosocial Characteristics of Exceptional Children. Springer Series on Human Exceptionality. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-5375-2_23

Sullivan, M. J., Martel, M. O., & Trost, Z. (2013). Pain, chronicity, and disability. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), Handbook of work disability (pp. 107–124). New York, NY: Springer.

Talman, L. (2018). Participation in everyday life for adults with profound intellectual (and multiple) disabilities, Malardalen University Press Dissertation

Talman, L., Gustafsson, C., Stier, J., & Wilder, J. (2017). Staffs' doc- umentation of participation for adults with profound intellectual disa- bility or profound intellectual and multiple disability. Disability and Rehabilitation, doi:10.1080/09638288.2017.1340979

Taylor, J.L., Hodapp. R.M. (2012). Doing Nothing: Adults With Disabilities With No Daily Activities and Their Siblings. *Am J Intellect Dev Disabil*ities, 117 (1): 67–79. doi: https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.1.67

Interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate – de la teorie la praxis

Ioana Tufar

Introducere

Interpretarea în contextul surdocecității este un aspect important și o cerință necesară pentru ca persoanele cu surdocecitate să obțină participare deplină, egalitate, independență și autodeterminare în fiecare domeniu al societății (The World Federation of the Deafblind – WFDB, 2021). Procesul de interpretare reprezintă furnizarea prin intermediul unui interpret unor informații și impresii vizuale sau auditive către persoanele cu surdocecitate. Acest lucru se realizează în principal prin intermediul a trei elemente complementare: interpretarea mesajului verbal, descrierea mediului și ghidarea efectivă prin tehnici de orientare și mobilitate. Interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate este un serviciu care trebuie furnizat folosind metode de interpretare specifice, adaptate particularităților psihoindividuale și contextului, livrat în măsura în care este solicitat de către persoanele cu surdocecitate.

Informațiile prezentate în acest capitol sunt de bază, însă generale și pentru a cunoaște detalii despre interpretarea specifică pentru anumite persoane cu surdocecitate este recomandat să contactați comunitatea locală pentru a interacționa și a afla nuanțe specifice din procesul de interpretare. De asemenea, pe parcursul acestui capitol, termenul de surdocecitate este termenul global pentru a identifica o persoană cu dizabilitate senzorială multiplă (vedere și auz) cu afectare de diverse grade. Conform lui Smith (2002) termenul „surdocecitate" nu înseamnă neapărat o pierdere completă a vederii și a auzului, la fel cum termenul „surd" nu înseamnă neapărat o pierdere completă a auzului.

Fiind interpret de limba semnelor, am observat că există diverse contexte care determină abordare specifică a interpretării și anumite domenii de specializare, iar interpretarea pentru persoane cu surdocecitate este un subdomeniu dedicat. Chambers, Moore și Ramey (2019) arată că surdocecitatea și interpretarea în acest context, prezintă diferiți factori legați de cauzele etiologice și de sistemul de comunicare preferat care ar pot avea impact asupra modului în care comunicarea este exprimată și receptată. Un alt aspect specific este și identificarea particularităților care fac ca interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate să fie diferită sau să fie similară cu interpretarea pentru persoanele cu dizabilități auditive utilizatoare de limba semnelor. Un aspect important pe care l-am descoperit este că interpretarea este importantă atât pentru persoanele cu surdocecitate, cât și pentru familiile acestora și pentru toți auzitorii cu care interacționează direct sau indirect. Rolul interpretului de limba semnelor este evident important în sprijinirea incluziunii persoanelor cu deficiențe de auz și surdocecitate în mod special în contexte universitare sau academice bilingve și biculturale (Tufar 2013, 2023, 2024).

Cei trei pași importanți în procesul de interpretare (după Tufar & Andronic, 2020) sunt: înțelegerea, conversia și prezentarea. În cadrul înțelegerii se face referire la capacitatea interpretului de a percepe mesajul original, cunoașterea profundă a limbajului folosit, cultura celui care vorbește, pregătirea interpretului în diverse arii de educație și cunoașterea particularităților subiectului. Conversia este procesul de decodificare a mesajului și de integrare a sensului în limbajul prezentat; aceasta include detalii referitoare la procesări cognitive din sfera limbajului receptiv, capacitatea interpretului de a înțelege, decodificând și recodificând concepte referitoare la metafore sau glume ale vorbitorului. Prezentarea interpretului trebuie să includă un bun control al organelor de articulație, al gesturilor și accentelor și, în general, o bună educație ca vorbitor în public. Interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate este la nivel internațional considerată un subdomeniu de specializare în profesia de interpret al limbii semnelor. În România, lipsa

interpreților calificați este o problemă reală, iar în cazul persoanelor cu surdocecitate este evidentă. Unele cauze sunt legate de insuficienta formare profesională și lipsa de încredere a interpretilor de limba semnelor în capacitatea lor de a interpreta cu precizie pentru persoanele cu surdocecitate. În esență, competențele interpreților, fie lingvistice sau interpersonale, sunt la congruența dintre standardele de performanță și calificările acestora în armonie cu codul etic (Tufar și Trânca, 2021).

Perspective teoretice despre interpreții de limba semnelor și limbajul specific persoanei cu surdocecitate

Pornind de la interacțiunile efective din timpul interpretării și relaționarea contextuală, Humphrey și Alcorn (2001) au identificat patru abordări care determină modul în care interpretul se relaționează cu persoana care necesită interpretarea, condiționează rolul interpretului, ghidează regulile de interacțiune și definesc statutul interpretului.

1. Interpretul considerat un **ajutor** este abordarea obișnuită a interpretului de limba semnelor dinainte de 1964 când a fost înființat RID (Registry of Interpreters for the Deaf) ca primă asociație profesională a interpreților de limba semnelor la nivel mondial. Anterior acesteia, atitudinea față de persoanele cu dizabilități auditive era de segregare, erau subliniate limitele și deficiența, fiind considerate incapabile să-și gestioneze pe deplin autonom aspecte din viața personală și de afaceri. În acest context, interpretul a preluat rolul de „îngrijitor" și au fost adesea implicați excesiv în relația cu clienții lor. Conform acestei filosofii a ajutorului, observăm că interpretul își depășește deseori rolul inerent pentru a sfătui, direcționa, preda, edita sau flata.
2. Interpretul, din perspectiva de efectuare mecanică a traducerii, perceput ca fiind un **canal** a fost o reacție diametral opusă „filosofiei ajutorului" menționată mai sus. În această situație, codul de etică a fost considerat un set rigid de reguli și interpretii au respectat cu strictețe regulile negând că prezența lui are

influență asupra interacțiunii de comunicare. Un alt aspect observat a fost că interpreții nu cunoșteau discrepanțele rezultate din istoria opresiunii trăite de către persoanele surde. Analizând aspectele funcționale observăm volumul subliniat în ceea ce privește calitatea mesajului (dacă erau transmise 750 de cuvinte / atunci trebuiau executate 750 de semne). Adesea era doar un torent de semne din care persoana care recepta nu reușea să înțeleagă ideea mesajului, iar interpreților le era dificil de obținut semnificație din munca lor. De fapt, interpretii deveniseră „de tip robot", neavând nici o responsabilitate pentru dinamica comunicării. În acea perioadă interpreții se descriau conform analogiei firului telefonic pentru că trebuiau doar să transmită informația de la un receptor la altul.

3. Interpreții au devenit conștienți de domeniul comunicării și s-a făcut o altă trecere către **„filosofia facilitării comunicării".** În cadrul acestei abordări, luarea deciziilor etice rămâne neschimbată, însă cu toate acestea, interpreții au devenit mai conștienți de condițiile de mediu: plasarea adecvată a interpretului, iluminare, fundal. Interpreții au început să indice cine vorbește, de vreme ce au înțeles că aceasta era o componentă importantă în dinamica comunicării care avea loc. Interpreții au devenit mai atenți la detalii referitoare la poziționarea în câmpul vizual al persoanei cu dizabilitate auditivă, au luat în considerare faptul că iluminarea, fundalul, lipsa factorilor distractori pot îmbunătăți transmiterea informațiilor. În această perioadă mulți interpreți au adoptat o uniformă de culoare contrastantă cu nuanța pielii și erau atenți ca ținuta lor să fie profesionistă înlăturând elementele care puteau îngreuna comunicarea: barba, mustața, lacul de unghii, îmbrăcăminte cu modele încărcate și majoritatea bijuteriilor. Chiar dacă s-a observat o mai bună înțelegere a dinamicii comunicării și a impactului interpreților, comunicarea a rămas concentrată pe volumul de semne și nu pe calitatea mesajului. În timp ce interpreții erau sensibili la dinamica comunicării într-un sens fizic, ei

luau în continuare decizii etice și de comunicare care au dus la lipsa egalității în ceea ce privește accesul și participarea persoanelor cu dizabilități auditive.

4. Interpreții în prezent lucrează prioritar conform cadrului creat de **perspectiva bilingvă-biculturală** și acest fapt este rezultatul direct al recunoașterii limbii semnelor ca limbă oficială și al schimbărilor realizate în contextul culturii surzilor. Această abordare bilingv-biculturală (bi-bi) a interpretării a apărut într-un efort de a atinge punctul de echilibru dintre cele două extreme ale supraimplicării (perspectiva interpretului ca ajutor) și invizibilității (perspectiva interpretului ca un canal de transmitere a traducerilor mecanice). În filosofia bilingv-biculturală, interpreții sunt sensibili la aspecte legate de comunicarea fizică, indică cine vorbește, se plasează corespunzător și de asemenea, interpreții sunt conștienți de diferențele inerente între limbi, culturi, norme de interacțiune socială și particularitățile persoanelor care utilizează servicii de interpretare. Interpretarea eficientă din această perspectivă necesită mediere culturală și lingvistică, îndeplinind, în același timp, obiectivele vorbitorilor și menținând echivalența dinamică. Acest lucru necesită utilizarea unor extinderi și reduceri culturale și lingvistice. Cercetările inițiale (Humphrey și Alcorn, 2001) indică faptul că atunci când interpreții mediază corect limbile și culturile, persoanele care primesc informațiile interpretate sunt capabile să demonstreze niveluri semnificativ mai înalte de înțelegere a informațiilor. Acesta este motivul pentru care tot mai mulți interpreți de limba semnelor și de limbaj specific persoanelor cu surdocecitate adoptă astăzi acest cadru de referință bilingvă-biculturală.

   4.1. Realizarea obiectivului emițătorului mesajului

   Când are loc interpretarea, persoanele implicate în procesul comunicational au în vedere obiective pe care doresc să le atingă. Aceste obiective pot include aspecte legate de predare, distracție, consiliere sau îndrumare, explicații, solicitări, vânzări și trasmiterea unor convingeri. Vorbitorul folosește

cuvinte pentru a-și atinge scopul și utilizatorul de semne folosește semne gestuale. În filozofia bi-bi, interpretul știe că aceste obiective pot fi realizate diferit în fiecare limbă / cultură și urmărește acest scop pentru a ajuta la analiza textului și la selectarea elementelor adecvate ale limbii țintă.

4.2. Menținerea echivalenței dinamice
Dinamica se referă la modul în care participanții la interacțiunea comunicațională reacționează cu vorbitorul sau cu cel care utilizează limba semnelor și mesajul acestuia. Un interpret din perspectiva bilingvă-biculturală va încerca să interpreteze un mesaj astfel încât cei implicați în comunicarea interpretată să aibă același răspuns dinamic ca cei care nu depind de interpretarea informațiilor.

4.3. Medierea culturală și lingvistică
În timp ce un interpret care acționează conform abordării mecanice sau a celei de facilitare a comunicării ar interpreta cu atenție orice cuvânt care a fost spus sau exprimat prin semne în mod deschis, interpretul din perspectiva bilingvă-biculturală interpretează atât ideile declarate în mod explicit cât și informațiile care sunt transmise implicit, dacă sunt necesare pentru o comunicare corectă și completă.

Acest lucru necesită extinderi și reduceri lingvistice sau culturale, explicate de Humphrey și Alcorn (2001) astfel:

- *O expansiune lingvistică* implică informații sau idei implicite, precum și informații sau idei explicite, dacă este necesar pentru a garanta comunicarea deplină.
- *O expansiune culturală* presupune furnizarea informațiilor contextuale necesare pentru a înțelege sensul informațiilor rostite sau exprimate prin semne pentru cineva cu o bază de experiențe diferită.
- *O reducere culturală sau lingvistică* implică reducerea volumului și, uneori, a detaliilor informațiilor, fără a afecta sensul mesajului. Acest lucru este uneori necesar datorită diferitelor norme, expectanțe culturale și de comunicare.

4.4. Influența asupra luării deciziilor etice

Interpretul care aplică această perspectivă bilingvă-biculturală va respecta codul deontologic și va fi conștient de două aspecte: realitatea că interpreții sunt ființe umane, nu mașini și că există o puterea inerentă a poziției de interpret. Detaliind aceste aspecte mentionate de Humphrey și Alcorn (2001), acest tip de interpret în interacțiunile ghidate de codul etic va lua decizii etice bazate pe:

- *Limba / cultura persoanei care a solicitat interpretarea*, aceasta înseamnă respectarea alegerii consumatorilor de limbă și modalitate (LSR, semne bazate pe limba vorbită, sistem specific persoanei cu surdocecitate, labiolectura, online etc.);
- *O înțelegere a contextului*: în primul rând al istoriei opresiunii din care poate că provin persoanele și apoi al faptului că prezența unui interpret în orice interacțiune are un impact asupra dinamicii interpersonale și a comunicării.

Există situații în care persoana cu surdocecitate va dicta ce tip de serviciu trebuie să folosească un interpret într-un moment. Dacă o persoană indică faptul că dorește „limba română directă", adică transliterarea semnului pentru cuvânt, interpretul bilingv-bicultural trebuie să respecte preferințele lingvistice și culturale ale acelui individ și să se execute acea formă de interpretare. În timp ce respectă diferența individuală, interpretul bilingv-bicultural își dă seama că, majoritatea persoanelor necesită o tranziție lingvistică și culturală completă pentru a avea ocazia să participe pe deplin în situații ca de exemplu: evaluarea profesională, examinare medicală, pregătire profesională etc. În mediile academice bilingve și biculturale se evidențiază că interpretul nu este doar un transmițător de semne, ci un facilitator al interacțiunii și al accesului informațional, contribuind la co-crearea unui mediu incluziv. Aceasta completează observațiile anterioare privind adaptarea limbii și gestionarea diferențelor de percepție care pot interveni (Tufar, 2024).

Perspectivele de abordare ale interpreților din ultima jumătate de secol au evoluat de la ajutor, mașină (canal) și facilitarea comunicării, spre bilingv-bicultural. Deoarece aceasta a fost o evoluție, pot fi identificați în diverse situații interpreți care reprezintă cele patru cadre filosofice. Specializarea interpreților este un proces continuu și ca în toate profesiile în dezvoltare există mulți practicieni ale căror decizii pe teren se adaptează în funcție de cele patru abordări prezentate și în fincție de contextul în care interpretează.

Interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate nu este doar un act de traducere: interpretul trebuie să dezvolte competențe interpersonale, să medieze componente culturale și să asigure echilibrul între codurile lingvistice (gestuale și oral) în procesul de comunicare și integrare. La nivel internațional, perspectivele protactile oferă o abordare modernă a limbii semnelor adaptate tactil. Lu, Nuccio, Anderson și Edwards (2024) explică modul în care limbajul protactile se dezvoltă prin interacțiuni tactile, subliniind rolul mediator al interpretului. Edwards (2022) arată importanța gramaticii intersubiective în comunitățile prersoanelor cu surdocecitate.

Metode de comunicare ale persoanelor cu surdocecitate și implicații asupra procesului de interpretare

Interpreții din domeniul surdocecității trebuie să cunoască diferitele modalități de asigurare a accesului la comunicare și după cum menționa Registry of Interpreters for the Deaf, Inc. (2002) privind interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate „interpreții trebuie să fie agili și flexibili din cauza nevoilor unice de comunicare ale persoanelor cu surdocecitate" (p1). Pentru a dobândi cunoștințele și abilitățile necesare pentru a împlini aceste nevoi de comunicare, interpreții trebuie să învețe diverse sisteme de comunicare și să practice interpretarea utilizându-le efectiv. Tehnologia și metodele tactile extind aria strategiilor de comunicare. Topp (2024) studiază dactilarea tactilă mediată prin dispozitive precum HaptiComm, în timp ce Zorzi (2025) explorează reprezentarea în limba

semnelor adaptate tactil. Astfel, interpreții trebuie să adapteze strategiile pentru a transmite atât conținut semantic, cât și informații spațiale și de reprezentare.

Interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate de multe ori diferă față de cea adresată persoanelor surde sau nevăzătoare și poate implica folosirea mijloacelor alternative de comunicare. Am învățat din practică faptul că flexibilitatea pentru a se adapta la nevoile de comunicare este un lucru pe care un interpret ar trebui să-l aplice atunci când interpretează pentru o persoană cu surdocecitate. Hersh (2013) sublinia ideea că interpretii pentru persoanele cu surdocecitate trebuie să rețină și să respecte faptul că în cadrul comunității persoanelor cu surdocecitate comunicarea variază, nu funcționează o metodă globală de comunicare pentru toată lumea și că diferitele modalități de comunicare provin din gradele variate de pierdere a vederii sau/și auzului. Alți factori care determină această heterogenitate sunt: tipul pierderii senzoriale (dacă este progresiv sau fluctuant), nivelul competențelor lingvistice în limba semnelor sau în alte sisteme specifice de comunicare, mediul din care provine, apartenența etnică, nivelul socio-economic, experiența educațională și prezența unosr dizabilități asociate de ordin fizic sau intelectual.

Pentru ca interpretul să știe care este modalitatea de comunicare preferată utilizată de persoana cu surdocecitate, Smith (2002) spune că cel mai bine este să întrebi direct persoana despre preferința ei de comunicare. Acesta este un amănunt important care trebuie clarificat, interpretul fiind obligat să ajungă mai devreme la o sarcină, astfel încât el și persoana cu surdocecitate sa interacționeze și apoi să se poată simți confortabil cu modalitatea de comunicare înainte de începerea sarcinii.

Persoanele cu surdocecitate utilizează unul sau mai multe dintre următoarele modalități de comunicare: limba semnelor realizată la o distantă mai mică de 1.5m și / sau în cadran (o zonă redusă la app.20-30 cm, depinzând de mărimea câmpului vizual), limba semnelor la distantă de 1,5-3 m pentru acele persoane cu vedere periferică limitată sau vedere tunel, limba semnelor combinată cu labiolectura explicită, limba semnelor receptată tactil [mâna (mâinile) este / sunt plasate pe încheieturile /

antebrațele interpretului pentru ca persoana cu surdocecitate să mențină semnele în raza ei vizuală], limba semnelor adaptată tactil și receptată prin simțul tactil cu una sau două mâini, dactileme adaptate tactil și recepționate prin simțul tactil, alfabetul Block (majuscule desenate pe palmă), labiolectură realizată la distanță mică, utilizarea în percepția auditivă a dispozitivelor asistive, citirea prin intermediul dispozitivelor bazate pe text (de exemplu, subtitrări în timp real conectate la un afișaj vizual mare sau la display Braille).

Pentru a clarifica anumite aspecte teoretice și practice legate de interpretarea pemtru persoanele cu surdocecitate, în continuare vom prezenta diferite metode de comunicare și anumite particularități de interpretare.

1. **Adaptarea tactilă a limbii semnelor** este o metodă care presupune existența la subiecții cu surdocecitate a unei matrițe a limbii semnelor în toate domeniile: lexical, semantic, sintactic și pragmatic (Mesch, 2000). Pentru un număr mare de persoane sunt necesare adaptări complementare astfel încât, anumite semne care în mod normal se realizează în spațiu, sunt transformate și apoi executate tactil pentru o mai mare precizie în înțelegere. Adaptarea tactilă este utilizată atunci când persoanele cu surdocecitate primesc informații așezând mâinile peste mâinile emitătorului și apoi înțeleg semnele prin mișcare și parametri tactili. Această metodă de comunicare poate fi utilizată de o persoană cu surdocecitate cunoscătoare a limbii semnelor atunci când vederea i se diminuează și va trece de la utilizarea receptării vizuale a semnelor la receptarea tactilă a semnelor sau de către persoane surde care și-au pierdut vederea (Mesch, 2013). În utilizarea limbii semnelor adaptate tactil persoana cu surdocecitate poate folosi doar una sau ambele mâini pentru a recepta semne. În situația în care se folosește o singură mână, persoana cu surdocecitate își va pune mâna care receptează deasupra mâinii dominante a celui care transmite mesajul. Mâna dominantă în limba semnelor

este mâna care este utilizată în general de către persoană pentru diverse sarcini în viața cotidiană, iar în caz de ambidextrie mâna dominantă este aceea care manifestă cea mai mare dexteritate motrică. Este important ca interpretul să fie conștient de faptul că mâna pe care o utilizează persoana cu surdocecitate pentru a recepta semnele poate fi sau nu aceeași mână utilizată pentru a exprima semnele (Mesch, 2013).

Într-un posibil scenariu de interpretare pentru adaptare tactilă receptată cu o singură mână, persoana cu surdocecitate ar putea primi semne în mâna dreaptă, iar interpretul ar trebui să fie poziționalateral și să efectueze semne cu mâna stângă. Dacă persoana cu surdocecitate utilizează mâna stângă, atunci interpretul ar trebui să fie poziționat lateral și să utilizeze mâna dreaptă ca dominantă.

Într-un posibil scenariu de interpretare în care persoana cu surdocecitate preferă să utilizeze ambele mâini, interpretul ar trebui să se poziționeze în fața și să realizeze coactiv semnele cu mâinile celui care emite mesajul poziționate dedesupt și cu mâinile celui care receptează mesajul poziționate deasupra.

Datorită particularităților tactile care apar în LSAT – limba semnelor adaptată tactil, unele semne pot fi modificate din cauza contactului cu corpul semnatarului, a limitărilor fizice sau a limitărilor în spațiu (Collins, 2004) și interpreții ar trebui permanent să-și amintească să păstreze semnele concise și clare pentru a fi ușor înțelese de către persoana cu surdocecitate (Chambers și colab., 2019). De exemplu, semnele care ar putea fi reprezentate prin dactileme cum ar fi un „N", care se ridică pentru a reprezenta „nordul", poate necesita clarificări sau explicarea conceptului extins pentru a asigura claritate și înțelegere din partea persoanei cu surdocecitate.

În cazul întrebărilor deschise, chiar dacă în limba semnelor gestuale adaptate tactil nu se poate recepta expresivitatea facială cu nuanță interogatorie, trebuie astfel construită întrebarea încât să poată fi clară și să obțină un răspuns (Tufar,

2013). Este necesară marcarea întrebării prin semnul corespunzător, iar acesta poate fi poziționat la începutul mesajului interogativ sau la finalul lui. Există cazuri în care este necesară efectuarea gestului de întrebare atât la începutul mesajului, cât și la sfârșitul acestuia. În cazul întrebărilor închise, nu există diferențe foarte mari între limbajul semnelor gestuale și cel adaptat tactil pentru că în ambele cazuri este necesară utilizarea semnului corespunzător „?"

Collins și Petronio (1998) au analizat limba semnelor adaptată tactil și menționează că din punct de vedere morfologic, în limba semnelor există multe gesturi vizuale cu rol de adjective sau adverbe care sunt efectuate prin expresiile faciale, dar dacă persoana nu prezintă rest de vedere în LSAT nu le poate accesa. Este necesară o modificare a acestora și atașarea unei anumite tensiuni musculare la realizarea semnelor pentru ca acestea să fie clare și să aducă o cantitate de informații suficientă pentru ca mesajul să fie complet.

2. **Urmărirea (en. tracking)** este o metodă de comunicare care este utilizată de către persoanele cu surdocecitate cunoscătoare de limba semnelor care au vedere reziduală încă utilizabilă (de exemplu, cei cu vederea tunel cauzată de retinita pigmentară). Pentru a recepta limba semnelor, persoana cu surdocecitate ține sau atinge încheietura sau antebrațul persoanei care realizează semnele pentru a reuși urmărirea vizuală a mâinilor și astfel a conceptelor comunicate prin semne (Rochester Institute of Technology – RIT, 2018). De multe ori, această metodă este considerată un pas de trecere de la receptarea vizuală la receptarea tactilă a limbii semnelor în cazurile în care pierderea de vedere este progresivă.

   Această metodă este frecvent utilizată deoarece este mai rapidă în comparație cu alte metode și contactul tactil cu încheieturii mâinii și/sau cu antebrațul sporește viteza în urmărirea și înțelegerea semnelor gestuale.

Un interpret care lucrează cu cineva care preferă să utilizeze această metodă de comunicare nu trebuie să fie preocupat de modificările aduse semnelor, ci că trebuie să fie conștient de faptul că producerea semnelor poate fi simțită diferit din cauza greutății adăugate de mâna persoanei implicate (Smith, 2002). Un alt aspect important este ca interpretul să urmărească dacă persoana surprinde în câmpul vizual forma semnelor și dacă poziția este confortabilă. În cazul în care se observă inadvertențe, sunt necesare ajustări ale poziției.

Un alt avantaj al acestei metode este că persoana cu surdocecitate poate controla viteza de executare a semnelor gestuale și dacă sunt prea rapide, ea va apăsa încheietura sau daca ritmul este prea lent poate indica semnul corespunzător cu mâna liberă.

3. Metoda **Tadoma** (etimologic denumirea provine de la primii copii învățați să utilizeze acest mijloc de acces la informații: Winthrop „Tad" Chapman și Oma Simpson) este un procedeu de citire tactilă a vorbirii: persoana cu surdocecitate își plasează mâna astfel încât să perceapă tactil mișcările buzelor și vibrațiile de la nivelul gâtului. Mai exact, mâna trebuie situată pe fața și gâtul celui care vorbește, așezând degetul arătător chiar deasupra creastei mandibulare, celelalte trei degete poziționându-se sub creasta mandibulară și gât, palma este ținută peste maxilar și bărbie, iar degetul mare este poziționat pe buzele vorbitorului (Gick și colab., 2008). Metoda este utilizată de către persoanele cu surdocecitate dobândită, dar ea este folosită și de copii pe parcursul învățării limbii.

   În cazul în care persoana cu surdocecitate utilizează această metodă și solicită serviciile unui interpret, de multe ori se preferă varianta cu implicarea interpretului-relay, de legătură. Aceasta metodă necesită o apropiere fizică deosebit de mare și mulți interpreți nu agreează acest lucru, așa că în practică interpretul transmite informația unui membru din

familie sau o persoana apropiată care se simte confortabil cu metoda Tadoma și astfel informația este transmisă, dar și aspectele legate de comfortul în spațiul personal sunt respectate.

4. **Scrierea în palmă cu majuscule** este o metodă de adaptare a ortografiei cuvintelor cu degetul arătător pe suprafața palmei (Obretenova, Halko, Plough, Pascual-Leone și Merabet, 2010). Această metodă de comunicare mai este cunoscută cu denumirea de alfabetul Block și poate fi utilizată dacă persoana cu surdocecitate cunoaște alfabetul latin grafiat cu majuscule. Când se interpretează folosind metoda aceasta este mai eficient să se folosească majusculele alfabetului și să se rămână pe zona palmelor suprapunând literele. Goujon (2000) menționează că acest sistem se adaptează în funcție de abilitățile și preferințele persoanei cu surdocecitate referitoare la viteză, mărime și amplasarea literelor. Se utilizează în principal palma ca spațiu de scriere, dar există cazuri în care se pot folosi și alte segmente ale corpului, de exemplu antebrațul sau omoplatul. Literele trebuie scrise prin suprapunere, iar la sfârșitul fiecărui cuvânt se face o scurta pauză pentru a se verifica dacă persoana cu surdocecitate a înțeles sau nu mesajul. Standardul în practică pentru interpreții care folosesc acest sistem de transmitere a informațiilor este de 80 de caractere pe minut.

   Realizarea tactilă a literelor este de la stânga la dreapta și în cazul literelor cu mai multe segmente se recomandă efectuarea lor păstrând continuitatea tactilă la toate segmentele componente ale literei. Numerele se exprimă prin scrierea cifrelor, cu mențiunea că se așteaptă ca persoana care receptează să asigure un feedback prin exprimarea numărului complet.

5. **Semnele haptice** reprezintă varianta tactilă a unor semne care pot fi utilizate pentru a furniza prin atingere informații exprimate vizual (Nielsen, 2010). Aceste informații vizuale pot fi emoții vizibile exprimate de cei din jur, expresii faciale și

limbajul corpului sau chiar elemente legate de aspectul mediului înconjurător. Utilizarea de către interpret a semnelor hapticelor poate oferi informații vizuale persoanei cu surdocecitate referitoare la mediu, stări de spirit și expresii faciale ale persoanelor aflate la distanță și care nu pot fi percepute în condițiile dublei dizabilități senzoriale care afectează simțurile de percepție la distanță. Interpretul care produce semnele haptice trebuie să fie conștient de ceea ce se întâmplă în jur și să selecteze aspectele importante care trebuie comunicate. Dacă interlocutorii râd, zâmbesc, plâng sau fac orice alt comportament, interpretul va introduce hapticele pentru a furniza aceste informații persoanei cu surdocecitate. Semnele haptice sunt recepționate de obicei pe spate, brațe sau mâini, însă interpretul va trebui să comunice cu persoana cu surdocecitate pentru a ști unde este locația preferată pentru a primi semnele haptice. Această metodă de a furniza informații care sunt adăugate la comunicare, nu înlocuiesc un sistem de comunicarea efectivă datorită faptului că nu este un limbaj în sine (Nielsen, 2010).

Un exemplu de semn haptic folosit adesea de către persoanele cu surdocecitate este un „X" mare trasat pe spate sau pe braț, care indică o situație de urgență care impune ca toată lumea să plece urgent (Smith, 2002). Un alt semn des întâlnit este un segment de dreaptă realizat între umăr și cot însemnând „acum plec, dar revin" și este deosebit de important ca interpretul să anunțe persoana cu surdocecitate dacă o altă persoană a plecat din cameră sau dacă dorește altcineva să se alăture conversației. Interpretul poate utiliza semne haptice când intră într-o sală nouă cu persoana cu surdocecitate pentru a-i furniza informații cu privire la dimensiuni, ce este în spațiu, câte persoane sunt prezente sau alte detalii semnificative.

Kastrup Pedersen (2019) a afirmat că, în ultimii 15 ani, specialiști în domeniul surdocecității din țările nordice au lucrat la colectarea și analizarea semnelor haptice. Acest lucru a dus la studii, cursuri și diverse publicații care pot fi utilizate

fie pentru studiu, fie ca bază pentru predare sau efectiv în interacțiuni. În acest proces, au existat numeroase discuții cu privire la conceptul de comunicare haptică în raport cu comunicarea tactilă, adică diferențele și asemănările lor. Treptat, a apărut un acord pentru a considera semnele haptice un sistem de sprijin utilizat în paralel cu limbajul vorbit, limba semnelor sau limbajul tactil. Totuși, ceea ce este interesant este că în comunicarea tactilă se pot aplica elemente comunicative care seamănă sau pot fi descrise ca semne haptice.

6. Tehnologia este o altă modalitate de comunicare care poate fi utilizată de către persoanele cu surdocecitate. Tehnologia poate juca un rol important în sprijinirea comunicării și a schimbului de informații între public și comunitatea celor cu surdocecitate (Andersson și colab., 2006). Tehnologia poate fi utilizată pentru comunicarea la distanță (de exemplu: e-mail, comenzi online, mesaje text sau video) și comunicarea cu cineva care nu utilizează aceeași modalitate de comunicare.

   Există o varietate de dispozitive disponibile comunității persoanelor cu surdocecitate, de exemplu: display-uri Braille, scanere, software-uri de recunoaștere optică a caracterelor, cititoare de ecran, dispozitive de mărire, dispozitive de comunicare video și aplicații care permit convertirea input-ului audio în text. Multe dintre aceste dispozitive pot fi costisitoare, dar există programe pentru a ajuta individul să obțină un dispozitiv la un cost mic. Un aspect esențial este evaluarea a identifica tehnologia care să corespundă nevoilor de comunicare. Modalitățile de comunicare utilizate de către persoanele cu surdocecitate variază foarte mult și interpretul trebuie să țină cont de faptul că și el trebuie să cunoască sistemul de comunicare corespunzător (Smith, 2002). Pe măsură ce interpretul dobândește mai multă experiență în interpretarea pentru persoanele cu surdocecitate, cu atât mai mult va putea evalua și regla modul lor de comunicare pentru a se potrivi

mai bine cu persoana cu surdocecitate și pentru a avea rezultate excelente în comunicare și performanță în procesul de interpretare. Studii asupra interpretării la distanță arată modul în care interpreții pot adapta semnele române pentru studenții surzi, evidențiind provocările și oportunitățile în perioada pandemică (Tufar & Anicescu, 2022; Tufar & Trânca, 2021).

Recomandări cu privire la asigurarea calității interpretării pentru persoanele cu surdocecitate utilizând extensiile și reducerile mesajului interpretat

Interpreții care prestrează servicii persoanelor cu surdocecitate trebuie să cunoască atât sistemul de comunicare utilizat cât și particularitățile persoanei determinate de limitele dublei dizabilități senzoriale și de multe ori pentru clarificări ale mesajului trebuie să recurgă la proceduri de adaptare ale mesajului. Extensiile și reducerile nu se fac aleatoriu, ci se bazează (după Humphrey și Alcorn, 2001) pe unul dintre următoarele trei motive:

1. ***Lingvistice*** pentru că orice limbă necesită uneori clarificări ale informațiilor care sunt subînțelese, dar nedeclarate în altă limbă. De exemplu, în limba semnelor se utilizează rareori diateza pasivă, deci atunci când se interpretează un enunț exprimat prin diateza pasivă, interpretul schimbă de obicei afirmația în diateza activă. Acest lucru determină introducerea în interpretare a complementului de agent (dacă subiectul este cunoscut) sau a unui pronume nehotărât (dacă subiectul este necunoscut).
2. ***Culturale*** pentru că în funcție de ele un anumit comportament este definit ca acceptabil sau inacceptabil, necesar sau inutil și limba reflectă aceste norme culturale. De exemplu, când se utilizează frecvent numele destinatarului în interacțiuni individuale și în unele interacțiuni de grup mic, în limba semnelor se utilizează o tehnică diferită prin care în loc de dactilare se poate

utiliza numele exprimat prin semnul reprezentativ personal. Când se interpretează includerea frecventă a numelui destinatarului dactilat duce de obicei la pierderea unui interval semnificativ de timp și poate duce la neînțelegeri care încordează dinamica comunicării. Astfel, numele destinatarului ar trebui înlocuit cu echivalentul cultural exprimat prin semnul personal.

3. ***Diferențe cauzate de experiențele anterioare*** pentru că este un aspect evident că experiența de viață a indivizilor din diferite culturi variază foarte mult. Uneori este necesar să se furnizeze informații specifice din punct de vedere contextual și al diverselor experiențe, astfel încât destinatarul să poată avea o diagramă care să permită transmiterea și înțelegerea corectă a informațiilor. De exemplu, în anumite zone este obișnuit să se folosească anumite regionalisme sau în anumite afirmații apar neologisme și atunci când se interpretează un mesaj care conține astfel de termeni, o interpretare bilingvă-biculturală necesită furnizarea pe scurt a informațiilor clarificatoare pentru că fără a face asta, persoana care beneficiază de interpretare s-ar putea să înțeleagă greșit sau să rateze scopul mesajului.

Este important de menționat că există o linie fină de demarcație între extinderea sau reducerea elementelor limbajului sursă și alunecarea către abordarea interpretului ca ajutor pentru că prin adăugiri sau ștergeri ale unor informații se ajută sau protejează persoana care a solicitat interpretarea. Cu toate acestea, dacă se ia decizia de a extinde (făcând informațiile implicite explicite) sau de a reduce informațiile pe baza unuia dintre parametrii prezentați mai sus trebuie remarcat faptul că efectuarea acestor adaptări necesită un timp de procesare adecvat. În consecință, interpretarea consecutivă este stilul preferat în astfel de interacțiuni individuale, deoarece oferă timp prelungit de procesare și are ca rezultat echivalenți lingvistici-culturali mai exacți.

Recomandări cu privire la asigurarea calității interpretării pentru persoanele cu surdocecitate din punct de vedere al contextului fizic și al organizării interpretării

În procesul de interpretare atât elementele referitoare la tehnici corecte de interpretare simultană sau consecutivă, prelucrările lingvistice ale input-ului pentru a asigura un output adecvat persoanei cu surdocecitate, cât și elementele practice de organizare a mediului fizic sunt importante pentru a asigura calitatea interpretării. Este deosebit de importantă implicării interpreților în colaborarea cu serviciile de sprijin pentru persoanele cu dizabilități, în formarea continuă și în elaborarea politicilor de incluziune. În mediul universitar este recomandat ca interpreții să fie integrați în planificarea accesibilizării, iar mediul fizic și organizarea interpretării să permită o comunicare optimă (Tufar, 2023). Perspectivele internaționale completează recomandările practice ale lui Schles, Low, Conway, Petersen (2025) și abordează aspecte legate de colaborare, evaluare și incluziune a persoanelor cu surdocecitate, iar Hammer (2025) explorează interpretul implicat în comunicarea intersenzorială din contextul cultural pentru persoanele cu surdocecitate.

Standardele conform RID (2007) atunci când se organizează servicii de interpretare adresate persoanelor cu surdocecitate includ: solicitarea de a se respecta preferințelor persoanei cu surdocecitate în ceea ce privește modul (modurile) de comunicare și interpretul (interpretii) specifici diverselor contexte; angajarea unui număr adecvat de interpreți care au experiență să lucreze cu persoane cu surdocecitate; discutarea rolului și responsabilităților specifice ale interpretului înainte de eveniment; aranjarea din timp a echipamentelor speciale de comunicare necesare (de exemplu: microfoane, sisteme FM); garantarea faptului că iluminarea și mediul vizual sunt favorabile comunicării pentru participantul cu surdocecitate; asigurarea faptului că interpreții poartă îmbrăcăminte care contrastează puternic cu nuanța pielii și nu prezintă decolteu sau alte detalii care să distragă atenția (materialul din care este confecționată îmbrăcămintea nu trebuie să fie strălucitor sau cu model încărcat și să nu

reflecte lumina) și că interpreții angajați reduc la minimum utilizarea bijuteriilor și accesoriilor; organizarea unui interval de 15-30 de minute înainte de sarcină pentru a se stabili comunicarea, raportul și preferințele înainte de a începe interpretarea.

Particularități privind aspectul exterior al interpretului sau ghidului de comunicare pentru persoanele cu surdocecitate au fost detaliate Barrey Grassick (2001) subliniind că îmbrăcămintea trebuie să ofere un contrast pentru mâini și în selecția acesteia se sugerează următoarele culori: negru, bleumarin, maro, verde închis, vișiniu. Hainele trebuie să fie într-o singură culoare, se vor evita dungile, bulinele, imprimeurile, iar·croiul bluzei este bine să fie simplu, la baza gâtului, cu tentă de profesionalism, dar totuși confortabil pentru a permite efectuarea mișcărilor cu flexibilitate. Unii interpreți poartă, peste hainele de zi cu zi, o vestă de culoare închisă adaptată contrastului necesar și mișcărilor necesare procesului de interpretare. Se recomandă minimalismul în purtarea bijuteriilor pentru că acestea pot deveni un factor distractor. Se vor evita inelele mari, cerceii lucioși, brățările și colierele pentru că pot distorsiona procesul de transmitere vizuală a informațiilor cauzând interferențe. În cazul interpretării pentru persoane cu surdocecitate, unghiile vor fi îngrijite, tăiate scurt pentru a nu produce iritații la interpretarea manuală. Dacă se folosește ojă de unghii se recomandă ca aceasta să fie transparentă, nu roșie sau alte nuanțe închise. Se evită parfumurile cu arome puternice și se recomandă folosirea loțiunilor antibacteriene când se vor efectua sisteme tactile de transmitere a informațiilor

Referitor la spațiul de efectuare a comunicării prin LSAT-limba semnelor adaptate tactil pentru persoanele cu surdocecitate care prezintă vedere reziduală, acesta trebuie poziționat puțin mai jos de față, la nivelul hainei cu un contrast adecvat. Când se comunică tactil se recomandă adaptarea spațiului de efectuare a semnelor la o poziție confortabilă atât pentru interpret, cât și pentru persoana care receptează. Pentru o comunicare eficientă, locația semnelor și confortul personal sunt deosebit de importante. Pozițiile mâinilor trebuie adaptate în funcție de folosirea unei singuri mâni sau a ambelor mâini depinzând de preferința persoanei

cu surdocecitate căreia i se interpretează și un aspect important este că nu se forțează poziționarea mâinilor neconfortabil în spațiul de efectuare a limbajului specific de comunicare.

Descrierea mediului după cum subliniază și Gabarró-López și Mesch (2020) trebuie realizată ori de câte ori persoana cu surdocecitate intră într-un mediu nou. De exemplu, în cazul în care se intră într-un magazin cu multe persoane care așteaptă nerăbdătoare la coadă, se va transmite această informație pentru ca persoana să-și facă o reprezentare legată și de ceilalți clienți; apoi se vor descrie tipurile de produse, dispunerea lor pe raft, culorile predominante, sistemul de plată, iluminarea și alte detalii relevante. Dacă interpretul sau ghidul de comunicare însoțește persoana într-un restaurant, se vor descrie amănuntele referitoare la designul interior, culoarea pereților, așezarea meselor și a scaunelor, iluminarea, localizarea toaletei, căile de ieșire în caz de incendiu, mărimea separeelor, specificul culinar sau alte detalii în funcție de preferințele persoanei cu surdocecitate. Informațiile vor fi date în corelație cu poziționarea corpului persoanei cu surdocecitate. Se recomandă metoda de identificare spațială denumită pragmatic „ceasul" sau „compasul" (Willings, 2019). De exemplu, se poate explica astfel: pe masă, paharul de apă este la ora 12, șervețelul împreună cu lingura și cuțitul sunt la 3, iar furculița la 9. O altă metodă este descrierea în funcție de punctele cardinale, având ca punct de referință poziționarea corpului persoanei cu surdocecitate. În cazul conferințelor, în descrierea mediului, pe lângă detaliile de bază trebuie menționate și mijloacele tehnice auxiliare. Se mai pot transmite informații despre alți participanți sau despre evenimente care se desfășoară în alte părți ale aceleiași săli. Dacă persoana dorește să-și facă anumite cunoștințe, interpretul va avea rolul de mediator. Este important ca toate informații să fie transmise obiectiv, nu din perspectiva subiectivă a interpretului care are datoria de a fi doar un facilitator neutru.

Poziționarea interpretului și a persoanei cu surdocecitate variază în funcție de sistemul de comunicare folosit. De exemplu, persoanele cu sindromul Usher care folosesc receptiv limba semnelor efectuată în chenar sau cu susținerea mâinii necesită adaptarea distanței în funcție de

vederea reziduală. În cazul degenerescențelor maculare se folosește vederea periferică, deci se poate aborda sistemul de transmitere a limbii semnelor efectuată cu susținerea încheieturii mâinii pentru surprinderea cu exactitate a mișcărilor necesare transmiterii mesajului.

Organizarea spațiului proxim conform lui Morgan (2004) trebuie să ia în considerare următoarele aspecte: în cazul receptării într-o singură palmă se recomandă poziționarea alăturată sau la un colț al unei suprafețe stabile pentru ca persoana care recepționează să-și poată sprijini cotul sau mâna pe suprafața stabilă și în cazul în care se efectuează LSAT cea mai confortabilă poziție este față în față, cu picioarele poziționate alternativ. În toate cazurile se recomadă o simetrie a spațiului în care se efectuează sistemul de comunicare; deci se va regla înălțimea scaunelor pentru a permite efectuarea sistemului de comunicare cu nivel minim de fatigabilitate. Se preferă scaunele cu brațe și cu suport la spate, iar în unele cazuri se pot anexa scaune pentru a susține brațele partenerilor de comunicare prin sisteme adaptate tactil.

Numeroși factori din mediu pot interfera în procesul de receptare a informațiilor, dintre aceștia, amintim: iluminarea inadecvată poate cauza neplăceri din cauza umbrelor, atât interpretului cât și persoanei cu surdocecitate care prezintă vedere reziduală; luminile fluorescente sau cele de la retroproiectoare pot fi factori de distragere a atenției; poziționarea interpretului nu trebuie să fie pe direcția geamului pentru că sursa de lumină interferează cu contrastul; fundalul confuz cu multe ornamente și culori (nu este recomandat, ci se va organiza unul de culoare închisă, fără ornamente).

Interpretarea în echipă: din cauza particularităților interpretării pentru persoane cu surdocecitate, este necesar lucrul în echipă. Un prim element important este că toți membrii echipei trebuie să fie familiarizați cu semnele negociate sau cu cele formale. Pentru evitarea surmenajului fizic și psihic, se va efectua interpretarea în ture de câte 15-20 minute (Morgan, 2004). Persoana cu surdocecitate are nevoie de pauze sau de schimbarea poziției și de multe ori cei care folosesc alfabetul manual sau limba semnelor efectuate cu susținerea încheieturii vor solicita

schimbarea mâinii dominante la anumite intervale. Este important să nu se uite de echipă pentru că, până la urmă, toate detaliile legate de interpretare sunt legate de partenerii de interacțiuni și aceste amănunte pot influența direct sau indirect procesul interpretării.

În concluzie: interpretul în sprijinirea persoanelor cu surdocecitate nu este doar un transmițător al mesajelor, ci este un facilitator al comunicării și incluziunii în diverse medii. Cercetări recente evidențiază că interpretul trebuie să adapteze semnele și strategiile de comunicare la nevoile specifice ale fiecărei persoane, integrând tehnici tactile atunci când este necesar (Lu et al., 2024; Edwards, 2022; Topp, 2024). În contexte educaționale, interpretul devine un partener activ al persoanei cu surdocecitate, sprijinind înțelegerea conținutului, participarea la activități de grup și autonomia în sarcini diverse. Aplicativ, acest lucru presupune implementarea de strategii personalizate, cum ar fi planificarea întâlnirilor cu timp suplimentar pentru clarificări de comunicare, crearea de materiale tactile și vizuale adaptate, precum și instruirea celor din jur pentru o colaborare eficientă. Prin aceste intervenții, interpretul contribuie nu doar la accesul la informație ci și la incluziunea socială, dezvoltarea abilităților de comunicare și consolidarea autonomiei persoanei cu surdocecitate. Astfel, profesionalismul și adaptabilitatea interpretului devin elemente esențiale pentru incluziunea efectivă și participarea activă a persoanelor cu surdocecitate în viața comunitară.

Bibliografie

Andersson, C., Campbell, D., Farquharson, A., Furner, S., Gill, J., Jackson, A., Lucker, J., Nodle, K., Werner, E., and Whybray, M. (2006). Assistive technology for the hearing-impaired, deaf and deafblind. Spinger Science & Business Media.

Barrey Grassick, S. (2001). Interpreter guide, disponibil online la: https://www.deafblind.org.au/deafblind-information/communication/interpreter-guide/ (15.11.2025)

Chambers, K. A. (2019). *Unlocking the Mysteries of DeafBlind Interpreting* (master's thesis). Western Oregon University, Monmouth, Oregon. https://wou.omeka.net/s/repository/item/4587 (12.11.2025)

Chambers, K.A., Moore, K. și Ramey, C.N. (2019) Developing confident and competent deafblind interpreters în Interpreting Studies - Openoregon Press Books, https://openoregon.pressbooks.pub/interpretingstudies/chapter/developing-confident-and-competent-deafblind-interpreters/ (11.11.202)

Collins, S. D. (2004). *Adverbal Morphemes in Tactile American Sign Language* (pp. 3357-3357) Union Institute & University.

Collins,S., Petronio, K. (1998) What happens in Tactile ASL? În: C. Lucas (ed.), Pinky extension and eye gaze: Language use in Deaf communities, pp. 18–37. Washington, DC: Gallaudet University Press.

Edwards, T. (2022). The difference intersubjective grammar makes in protactile DeafBlind communities. Lingua, 273, 103303. https://doi.org/10.1016/j.lingua.2022.103303

Gabarró-López, S., Mesch, J. (2020) Conveying Environmental Information to Deafblind People: A Study of Tactile Sign Language Interpreting. Front. Educ. 5:157. doi: 10.3389/feduc.2020.00157

Gick, B., Jóhannsdóttir, K. M., Gibraiel, D., & Mühlbauer, J. (2008). Tactile enhancement of auditory and visual speech perception in untrained perceivers. *The Journal of the Acoustical Society of America*, *123*(4), EL72-EL76. Disponibil online la https://asa.scitation.org/doi/full/10.1121/1.2884349 (15.11.2025)

Goujon, J. (2000). Situational Study: Deaf-Blind Interpreting. American Sign Language Interpreting Resources, 1-9. https://members.tripod.com/asl_interpreting/situational_studies/jg1.htm (11.11.2025)

Hammer, G. (2025). Intersensory communication in a deaf-blind theater. Disability & Society. https://doi.org/10.1080/17458927.2025.2503091

Hersh, M. (2013). Deafblind people, communication, independence, and isolation. *Journal of deaf studies and deaf education*, *18*(4), 446-463.

Humphrey, J. H., & Alcorn, B. J. (2001). So you want to be an interpreter?: An introduction to sign language interpreting. Amarillo, TX: H & H Publishers.

Kastrup Pedersen, B. (2019) Haptic signals în vol. *If you can see it, you can support it – A book on tactile language*, Nordic Welfare Centre, Stockholm.

Lu, J. C., Nuccio, J., Anderson, H., & Edwards, T. (2024). Becoming Protactile: Interactional Foundations of Protactile Language Development and Language Emergence.Languages,9(9), 282. https://doi.org/10.3390/languages9090282

Mesch, J. (2000) Tactile Swedish Sign Language: Turn Taking in Signed Conversations of People Who Are Deaf and Blind. În: M. Metzger (ed.), Bilingualism and Identity in Deaf Communities, Washington, DC: Gallaudet University Press.

Mesch, J. (2013). Tactile signing with one-handed perception. *Sign Language Studies*, *13*(2), 238-263.

Morgan, S. (2004). A Guidebook for Interpreters: Making Accommodations for Individuals with Dual Sensory Impairments, Deaf-Blind Project, Nebraska.

Nielsen, G. (Ed.). (2010). 103 haptic signals- a reference book. The Danish Association of the Deafblind.

Obretenova, S., Halko, M. A., Plow, E. B., Pascual-Leone, A., & Merabet, L. B. (2010).Neuroplasticity associated with tactile language communication in a deaf-blind subject. *Frontiers in human neuroscience*, *3*, 60. Disponibil online la https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/neuro.09.060.2009/full (15.11.2025)

Registry of Interpreters for the Deaf, Inc. (2007). Interpreting for individuals who are deaf-blind. *Standard practice papers*, disponibil online la https://drive.google.com/file/d/0B3DKvZMflFLdeGhDU1BUOTJKNEk/view?resourcekey=0-jfIYZ9Z1iABP58-FCCfd7g (10.11.2025)

Rochester Institute of Technology (RIT) Libraries (2018). *Interpreters for the deaf-blind*. Disponibil online la http://infoguides.rit.edu/c.php?g=441626&p=3013005 (15.11.2025)

Schles, R. A., Low, J., Conway, A., & Petersen, D. M. (2025). Improving Access for Students Who Are Deaf-Blind Through Collaboration. TEACHING Exceptional Children. https://doi.org/10.1177/00400599251340639

Smith, T. B. (2002). *Guidelines: Practical tips for working and socializing with deaf-blind people*. Burtonsville, MD: Sign Media, Inc.

Topp, S. (2024). Mediated and non-mediated tactile fingerspelling: A comparison using the HaptiComm tactile communication device. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. https://doi.org/10.1080/10400435.2024.2369547

Tufar, I, Trâncă, R. (2021) Interpretul de limba semnelor în contextul pandemic: provocări și oportunități în Review of Psychopedagogy **DOI:** https://doi.org/10.56663/rop.v10i1.19 (10.11.2025)

Tufar, I. (2013) Rolul interpretului de limbaj mimico-gestual în procesul de integrare al persoanelor cu deficiențe de auz și cu surdocecitate. În Adrian Roșan (coord.) Cartea Alba a Psihopedagogiei Speciale, UBB-Cluj, disponibil online la http://psihoped.psiedu.ubbcluj.ro/caPPS/25%20-%20Ioana%20TUFAR.pdf (în 10.11.2025)

Tufar, I. (2015). Sisteme de comunicare alternative și augmentative, În Psihopedagogie specială. Modele de evaluare și intervenție, Polirom, Iași, Editor: Adrian Rosan, P. 457-476

Tufar, I. (2024). Utilizarea limbii semnelor în contexte incluzive din perspectiva interpretului de limba semnelor române. În A. Gherguț & A. Roșan (coord.), Terapii și intervenții psihopedagogice la persoane cu cerințe speciale. Iași: Editura Polirom.

Tufar, I. (2023). Providing inclusive education for deaf students in the post-pandemic university context. *Analele Universității din Craiova. Seria Psihologie-Pedagogie, 45*(2, Suppl), 71–81.

Tufar, I., & Anicescu, B. (2022). Interpretarea la distanță a limbii semnelor române în context pandemic. *Revista Română de Terapia Tulburărilor de Limbaj și Comunicare, 8*(1). https://doi.org/10.26744/rrttlc.2022.8.1.05 (14.11.2025)

Tufar, I., Andronic, G. (2020) Interpretarea în limba semnelor în context educațional- o perspectivă teoretică și practică. RRTTLC, 69. https://www.rrttlc.ro/2022/03/31/08-1-05/ (15.11.2025)

WFDB (2021) What is deafblind interpreting? – disponibil online la https://www.wfdb.eu/interpretation/ (15.11.2025)

Willings, C. (2019). Mealtime Independence. Disponibil online la https://www.teachingvisuallyimpaired.com/mealtime-independence.html (consultat în 10.11.2025)

Zorzi, G. (2025). Understanding depiction in tactile Norwegian sign interpreting. *Journal of Communication Disorders*. https://hdl.handle.net/11250/3185138 (15.11.2025)



ISBN 978-606-37-3094-8