

0 perspectivă logopedică asupra tranziției către școlaritate a copilului cu implant cohlear

A speech and language therapy approach on the transition towards school level in children with cochlear implantat

Ovidiu Cristian TUDOREAN¹, Alois GHERGHUȚ²

Abstract

Cochlear implant (CI) is a medical procedure originally developed in the United States. In Romania, it is part of the national programme for the treatment of deafness with implantable hearing aids managed by the National Health Insurance House. Successful implantation transforms the child with hearing loss into a hearing but not a speaking child. Only with systematic support and guidance will the child become a speaker. It is risky to assume that the development of the child with CI follows the same milestones and has to overcome the same challenges as the typical child. In fact, successful integration into mainstream school must be considered a separate objective, which will be prepared and actively pursued during the child's pre-school years by the child's educational partners (family - teachers - speech therapist). Spontaneous development is not guaranteed; moreover, there is a risk of losing the child's development potential. This is why the preparation of the family, the child with CI, the teachers and even the school as a physical environment is essential for a successful start at school. This paper aims to provide a brief contextualisation of cochlear implantation and also answers some pressing questions for an optimal transition to schooling. It considers building and strengthening the self-image of the child with CI, developing personal autonomy, training and developing conversational skills, investigating options related to school choice, getting to know the school and future teachers, forming and developing the prerequisites for schooling, pragmatic suggestions for involving the family in school activities, but also for involving teachers in the school integration of the child with CI.

Keywords: cochlear implant; family-centred practice; transition from preschool to school

0 contextualizare diacronică a implantului cohlear

Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor și Problemelor de Sănătate Înrudite, a 10 Revizie (ICD-10) descrie în capitolul VIII, codurile H90-H95 „Alte afecțiuni ale urechii”. Relevante pentru această lucrare sunt codurile de la H90 „Surditate de transmisie și neurosenzorială” (World Health Organization, 1993). Efectele dizabilității auditive asupra dezvoltării persoanei au constituit preocupări constante în rândul specialiștilor având diferite formări (medicale, psihologice, logopedice). Printr-o reducere la trăsăturile esențiale

putem afirma că de-a lungul timpului s-au conturat două direcții majore de educare a deficienților de auz. Una dintre abordări favorizează mijloacele mimico-gestuale de comunicare, prin intermediul limbajului semnelor, iar cealaltă consideră posibilă și cu beneficii importante (individuale și la nivel social) abordarea verbală. Persoana cu dizabilitate auditivă poate să folosească mai multe modalități de comunicare, care reprezintă un continuum de la limba semnelor, comunicarea auditiv-vizuală, auditiv-verbală și până la comunicarea totală, o combinație a modurilor de comunicare utilizate simultan sau în

diverse combinații în funcție de specificul situației în care se află persoana.

Se impune marcarea celor mai semnificative repere în apariția și dezvoltarea tehnologiei dedicate persoanelor cu hipoacuzie profundă. Ajungem astfel la nivelul anului 1961 când este realizat primul implant cohlear (IC) mono-canal în Los Angeles, Statele Unite ale Americii, de către William F. House (1923-2012) și neurochirurgul John Doyle (Mudry & Mills, 2013). O versiune mai fiabilă a fost folosită în 1969. În 1978 doctorul Graeme Clark realizează primul IC multi-canal la Royal Victorian Eye and Ear Hospital din Melbourne, Australia. Tot în această perioadă (1976) The Food and Drug Administration (FDA) din Statele Unite ale Americii începe supervizarea studiilor clinice legate de IC. Ca urmare a acestor studii FDA aprobă în 1985 utilizarea IC pentru adulți (≥ 18 ani) cu surditate post-lingvistică, cu hipoacuzie bilaterală profundă (≥ 90 dB) și fără alte abilități de recunoaștere a vorbirii. Un pas important este făcut în 1990 când FDA aprobă utilizarea IC la copii mai mari de 2 ani cu hipoacuzie neurosenzorială bilaterală profundă și cu 0% percepere a vorbirii. În 1998 aceste criterii sunt modificate ușor, vârsta coborând la 18 luni iar procentul de percepere a vorbirii crescând la 20. În anul 2000 aceeași agenție decide că sunt eligibili pentru IC copiii mai mari de un an, cu hipoacuzie congenitală bilaterală severă până la profundă, care au un nivel de percepere a vorbirii mai mic de 30% sau pentru care se constată lipsa progresului auditiv. Din 2019 sunt acceptați și copii cu hipoacuzie unilaterală mai mari de 5 ani, dar care nu au mai mult de zece ani de surditate.

Ultima ajustare este făcută în 2020, an în care pragul de vârstă este coborât la 9 luni, fără modificări în privința severității hipoacuziei sau a abilităților de percepere a vorbirii (Park et al., 2021).

Termenul de IC nu a fost folosit de la bun început în comunitatea medicală, după cum nici stimularea directă a nervului acustico-vestibular (VIII) nu părea realizabilă în anii 60 ai secolului trecut. IC este un dispozitiv complex format din electrozi plasați în cohlee și un procesor extern de sunet. IC poate contribui la redarea simțului auzului la persoanele cu surditate profundă congenitală sau cu deficiențe severe de auz apărute pe parcursul vieții. Există mai multe tipuri de aparate, dar componența este asemănătoare pentru fiecare. Sunt alcătuite dintr-un receptor (microfon) care captează sunetele din mediul înconjurător, un procesor care selectează și aranjează sunetele, o componentă care preia semnalele de la procesor și le traduce în impulsuri electrice, acestea ajungând la matricea de electrozi ce le trimite către diferite regiuni ale nervului auditiv (National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, 2016).

În România primul IC a fost efectuat în data de 10 martie 2000 de prof. univ. dr. Dan Mârțu la Clinica ORL a Spitalului de Recuperare din Iași, beneficiar fiind un student la Facultatea de Teologie. În anul 2006 IC intră în Programul național de implant din Romania, finanțat de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). În prezent procedura de derulează în opt unități medicale (Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională ORL „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București, Spitalul

Clinic Municipal Timișoara, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Maria Sklodowska Curie” din București, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova și Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București), costul mediu pe IC fiind de 96.385 lei, conform datelor publice oferite de CNAS (Programul National De Tratament Al Surditatii Prin Proteze Auditiv Implantabile (Implant Cochlear Si Proteze Auditiv), n.d.). În 2011 o echipă mixtă de la Rețeaua Privată de Sănătate REGINA MARIA și Clinica Urechii Chirurgie SRL a efectuat, pentru prima dată în România, o operație de IC în sistem privat. Intervenția chirurgicală a durat 3 ore și a fost efectuată de către echipa condusă de dr. Lucian David, membru al Societății Române de ORL și Chirurgie Cervico-Facială. Pacientul a fost un băiat de trei ani și două luni cu hipoacuzie neurosenzorială bilaterală.

În diversele sisteme de sănătate la nivel internațional costurile inițiale și apoi cele legate de ajustare, reglare și mentenanță a IC sunt variabile, dar peste tot acestea nu pot fi considerate neglijabile. Cu toate acestea Organizația Mondială a Sănătății (OMS) atrage atenția asupra faptului că aceste costuri sunt considerabil mai mici decât cele care survin în situația în care persoana nu beneficiază de IC și continuă să trăiască cu pierderea de auz (World Report on Hearing, 2021). Impactul negativ se regăsește într-un continuum care pornește de la nivel individual și urcă spre microgrupul familial și macro-grupul social. Studiul citat arată că fiecare sumă

investită în (re)abilitarea auditivă se reîntoarce la nivel de societate cu un beneficiu net de peste 11 ori mai mare într-o perioadă de grație de 10 ani. Perspectiva nu poate fi neglijată, cu atât mai mult cu cât se estimează la nivel mondial, în 2050, o incidență de 1 din 4 persoane cu probleme de auz.

De la preșcolar la școală

Screeningul auditiv universal permite identificarea timpurie a deficienței auditive. Dacă sunt îndeplinite criteriile de eligibilitate copilul are posibilitatea să primească un IC unilateral sau bilateral în perioada preverbală. Cu cât intervenția se face mai devreme, cu atât posibilitățile de abilitare auditiv-verbală devin mai consistente. Experiența clinică ne arată că fiecare lună pierdută, în care copilul nu este auzitor, contează. Explicăm astfel diferențele importante în evoluția copiilor ce provin din medii social-economice și educațional-culturale asemănătoare, dar care au primit proteze la vârste diferite. Cei la care procedura se face mai devreme au în general o dezvoltare mai bună a abilităților de limbaj și premise ale unei mai bune integrări academice, în corelație cu alți factori cum sunt abilitățile cognitive, intervenția timpurie și implicare părinților (Sarant et al., 2008).

Ideal există o pregătire, o intervenție pre-implant și apoi terapia logopedică post-implant. Abordarea se face în echipa transdisciplinară, din care face parte părintele (primul specialist în dezvoltarea copilului!), audiologul, medicul ORL și medicul de familie și bineînțeles logopedul. În unele interviuri realizate cu părinți ai unor copii cu IC constatăm o investire eronată a importanței rolurilor membrilor echipei. Efectele negative cele

mai importante sunt date de credință nerealistă a părintelui că nu are la îndemână resursele (materiale și cognitive) pentru a-și putea ajuta eficient copilul, poziționându-se într-un rol secundar, marginal. În atare situație logopedul va trebui să îl ajute pe părinte să își ajusteze cadrele referențiale.

Trecerea de la cerințele mai puțin structurate de la grădiniță la cele mai formale presupuse de noul rol de elev este un proces dinamic, cu determinări și condiționări multifactoriale. Rezultate acestui proces sunt variabile și nu întotdeauna conform expectanțelor. Bunele practici reieșite din experiența clinică și investigațiile empirice relevă că aceste rezultate corelează cu o abordare proactivă a construirii de repere pentru părinți în așa fel încât aceștia să poată forma abilități relevante în contexte academice și extrașcolare pentru copilul cu IC, să îl ajute să își dezvolte competențele comunicaționale, autonomia personală și să își formeze și mărească imaginea și stima de sine.

Premisele adaptării la statutul de elev

Repere destinate părinților pentru formarea și dezvoltarea abilităților relevante

Pregătirea sistematică pentru tranziția de la grădiniță la școală este un proces sumativ, pentru care părintele poate găsi multiple modalități de exersare. Cu cât copilul exersează mai frecvent abilitățile relevante acasă, cu atât va fi mai pregătit să participe la situațiile reale din școală. Formarea acestor abilități se poate face în mod natural acasă, prin implicarea copilului în diverse activități și rutine cotidiene. Performanța școlară se sprijină și pe aceste abilități care pot fi exersate și

dezvoltate cât mai timpuriu. Discutăm despre:

- Abilități de autoservire (spălatul, îmbrăcatul, încălțatul, mâncatul, pregătirea ghizdanului, etc.)
- Dezvoltarea calităților motrice (viteza, forța, rezistența, îndemânarea, suplețea) (Mitra & Mogoș, 1977)
- Dezvoltarea motricității fine și a coordonării oculo-manuale (pre-rechizite ale scrierii)
- Dezvoltarea abilităților de limbaj și comunicare (Anca, 2007).
- Limbajul oral receptiv și expresiv se dezvoltă prin exersarea următoarelor componente:
 - Atenția centrată în câmp perceptiv pe date verbale
 - Vocabular receptiv și expresiv
 - Înțelegerea verbală auditivă
 - Fluența verbală (fonematică și semantică)
 - Denumirea
 - Repetarea (implică atenția auditivă și praxia fonoarticulatorie)
 - Auto-exprimarea prin limbaj

Ca exemple concrete de activități pot fi amintite jocurile de ascultare, în care comenzile auzite trebuie realizate de către copil, exercițiile de integrare verbal-auditivă (descrierea verbală a unor sunete complexe, având la îndemână un suport imagistic), exercițiile de repetare a unor sintagme și propoziții, poeziile și jocurile de cuvinte, oferirea de modele de exprimare corectă și dezvoltarea formulărilor verbale ale copilului, folosirea rutinelor zilnice ca pretext pentru verbalizare, parcurgerea împreună cu copilul a unor cărți ilustrate de povești și nu în ultimul rând joaca împreună cu copilul.

În funcție de vârsta auditivă a copilului cu IC astfel de jocuri pot fi structurate de la unele simple, la unele mai complexe. În toate situațiile va fi păstrat cadrul referențial al copilului și integrarea în experiența cotidiană. Înțelegerea mai bună a vorbirii se exersează prin oferirea de mesaje care au cuvinte cunoscute și unele noi, pe care copilul ar trebui să le sesizeze și să manifeste interes pentru a le afla sensul. Acasă există o multitudine de oportunități pentru a-i da copilului diverse indicații cu 1-3 secvențe, corelate sau nu. Orice eveniment experimentat de către copil este prilej pentru a realiza o narațiune logică și cronologică. Utilizarea dialogurilor în jocurile imaginative are de asemenea o importanță sporită. Părintele modelează mai bine dialogurile în măsura în care se alătură jocului. Se stimulează astfel exprimarea mai eficientă. Treptat copilul poate iniția o conversație și participa mai bine la aceasta. Interacțiunile sociale diversificate conduc la o adaptare a discursului în funcție de interlocutor, adică la o dezvoltare a laturii pragmatice (sociale) a comunicării.

Competențele comunicative ale copilului

Reprezintă o îmbinare a abilității de a vorbi despre un subiect și capacitatea de ascultare activă. Dezvoltarea constantă a acestor competențe depinde de o serie de factori intrinseci: vârsta calendaristică a copilului, vârsta auditivă, abilitățile cognitive nonverbale, eventuale probleme medicale asociate care pot fragiliza condiția copilului. Acești factori intrinseci sunt modelați de cei extrinseci, care amplifică sau diminuează acțiunea celor din prima categorie. Efecte importante sunt date de statutul socio-economic al familiei, statusul educațional și cultural,

accesul la diverse servicii de sprijin și / terapii specifice. Abilitățile de comunicare ale copilului cu IC se dezvoltă printr-un proces sumativ, derulat în condiții naturale, cotidiene. Doar într-un astfel de context ceea ce învață copilul este cu adevărat relevant pentru experiența de viață a acestuia.

Alături și împreună cu membrii familiei copilul cu IC va avea posibilitatea de a utiliza formele și funcțiile limbajului într-o glisare spre situațiile naturale de comunicare, adaptate contextului și cerințelor concrete, indiferent de gradul acestora de structurare. Părinții îl ajută pe copil să devină un partener de comunicare mai bun, mai eficient, cu impact asupra evoluției școlare și mai apoi în viața activă din punct de vedere profesional. Ghidat de logoped într-o etapă inițială, iar mai apoi manifestându-și creativitatea și buna cunoaștere a copilului, părintele va exersarea împreună cu acesta întreaga gamă de componente și laturi ale limbajului. Sunt avute în vedere corectitudinea pronunției, o bună praxie fono-articulatorie. Chiar în condițiile în care IC funcționează corect pot să existe cuvinte sau combinații consonantice care să fie dificile pentru copil (de exemplu cuvinte mono sau polisilabice terminate în grupuri consonantice greu de discriminat și coarticulat: „-ps”; „-pt”; „-mb”, „-mn”, „-cs”, „-ft”, „-nc”, „-nd”, „-ng”, „-nt”, „-nț”, „-nz”, „-st”, „-lb”, „-lc”, „-lg”, „-rb”, „-rc”, „-rd”, „-rn”, „-rs”, „-rt”, „-rț”) (Bodea-Hațegan & Popescu, 2021).

Dezvoltarea pronunției la copilul cu IC urmează aceleași linii directe ca și în cazul copilului tipic. Cu toate acestea, există o serie de foneme pentru care provocarea este mai mare. În funcție de vârsta auditivă

a copilului, acesta poate avea dificultăți în a distinge între consoanele surde și cele sonore. Consoanele cu punctul de articulare în partea din spate a gurii pot fi, de asemenea, mai dificil de perceput. Rolul părintelui este de a oferi în mod constant un model corect de exprimare și de a replica exercițiile fonoarticulatorii efectuate în cadrul ședințelor de logopedie, dacă acestea sunt cu adevărat necesare. Eficiența exercițiilor motorii orale nonverbale este contestată de unii autori (de exemplu, McCauley et al., 2009). Oricum exercițiile vor urma o ierarhie bine stabilită, de la simplu la complex. Fonemele sunt introduse inițial în mod izolat, apoi în combinație cu o vocală, cuvinte monosilabice, cuvinte polisilabice, propoziții simple, propoziții dezvoltate, povestiri și conversații. Vocabularul va fi compus din termeni relevanți pentru experiența imediată a copilului, apoi extins. Ca principiu de bază, orice cuvânt trebuie să fie introdus într-o structură cu sens. Exersarea unor cuvinte izolate este mai puțin eficientă și mai puțin atractivă pentru copil. Părintele arată modul corect de rostire a cuvintelor și încearcă să implice cât mai multe modalități senzoriale (auditivă, vizuală, tactil-kinestezică) pentru a-l ajuta pe copil să învețe cum să pronunțe.

Exprimarea fluentă reprezintă de asemenea un obiectiv ce necesită atenție aparte. La unii copii cu dificultăți de dezvoltare a limbajului se manifestă non-fluențe lingvistice (Thordardottir & Weismer, 2002) care amprentează negativ structura discursivă și capacitățile de comunicare. Aceste non-fluențe nu constituie propriu-zis tulburări din categoria balbismului, însă efectul asupra

consistenței mesajului verbal oral este important. O facilitare a dezvoltării vocabularului activ și oferirea de timp suficient copilului să își formuleze în cuvinte gândurile sunt modalități pe care părintele le poate practica pentru ameliorarea fluenței verbale.

Unele persoane cu deficiență de auz au un specific al vocii care a fost obiectul mai multor studii (de exemplu, Perrin et al., 1999; Calmels et al., 2004). Părinții pot învăța împreună cu logopedul despre caracteristicile de bază ale vocii (Woźnicka et al., 2012) și pot imagina situații în care le exersează:

- înălțimea vocii (aceasta depinde în mod direct de mișcările / ondulațiile coardelor vocale);
- intensitatea (pe care o percepem ca volum al vocii, fiind dependentă de presiunea glotală);
- calitatea (aceasta este dependentă de cavitățile de rezonanță);
- timbrul (acesta dă culoare vocii, o amprentă vocală unică vorbitorului, deosebindu-l de alți vorbitori).

Parte dintre aceste calități ale vocii pot fi afectate la copiii cu IC. Elementele suprasegmentale care corespund prozodiei sunt importante din punct de vedere al comunicării. Aceste elemente necesită o învățare sistematică, în contexte cât mai diverse. Părintele va folosi un sprijin concret intuitiv ori de câte ori este posibil pentru a facilita înțelegerea copilului. Ca activități practice pot fi menționate jocurile de rol, interpretarea unor personaje preferate de către copil. De asemenea, există aplicații care permit vizualizarea vorbirii copilului (spectrograma) și care pot fi folosite cu

succes în exersarea emisiei vocale adecvate. Aceste aplicații rulează pe platformele Windows, Android sau IOS.

Componentele nonverbale și paraverbale ale limbajului joacă un rol important în (re)abilitarea copiilor cu IC. Părintele auzitor va adera, de obicei, la strategia verbală pentru dezvoltarea limbajului copilului. Cu toate acestea, utilizarea unor gesturi naturale și evocatoare poate facilita dobândirea conținutului verbal de către copilul cu IC. Nu trebuie să pierdem din vedere faptul că limba română este o limbă flexionară, iar accentul și intonația contribuie la clarificarea sensului unor cuvinte sau propoziții. De asemenea, părintele trebuie să îl antreneze pe copil în adoptarea și menținerea unei posturi corecte în diferitele situații de comunicare. Audiția trebuie să se facă în cele mai bune condiții, iar copilul va fi învățat cum să profite la maximum de implantul colear. Buna evoluție a limbajului poate fi evaluată periodic urmărind dezvoltarea indicatorilor morfo-sintactici ai limbajului – lungimea medie a enunțului pentru cuvinte și / sau morfeme, numărul total de cuvinte, numărul de cuvinte diferite.

Autonomia personală

Reprezintă un truism afirmația că orice copil are nevoie să își dezvolte autonomia personală, în contextul mai larg descris de Erick Erikson (1993), al conflictului dintre autonomie, rușine și îndoială. Perspectiva logopedică de abordare a acestui subiect impune reliefa provocărilor suplimentare pe care trebuie să le depășească copilul cu IC comparativ cu cel cu dezvoltare tipică.

Familia și copilul cu IC pot să găsească moduri de abilitare a conduitei de self-advocacy care are un rol dual, de împuternicire a copilului, dar și a aparținătorilor. Această conduită poate fi formată și modelată prin jocuri de rol la care participă cât mai mulți dintre membrii familiei. Sunt prefigurate astfel potențiale situații în care răspunsul comportamental și verbal al copilului va fi adecvat.

Abordând mai pragmatic acest subiect, copilul va începe școala știind să aibă un controlul simplu al aparatului (închidere, deschidere), să poată semnaliza / anunța verbal nefuncționarea acestuia sau o funcționare improprie (zgomote parazitare, o intensitate necorespunzătoare, etc.). La fel de importantă este învățarea copilului să poată oferi explicații verbale simple și corecte legate de IC pe care să le poată formula ca răspuns la curiozitatea (firească, de altminteri) colegilor.

Consolidarea încrederii și stimei de sine

Cadrul teoretic psihologic al stimei de sine necesită unele simplificări atunci când subiectul este abordat din perspectiva terapiei limbajului și a comunicării. Încrederea în sine este mai degrabă o dispoziție generală, afectivă, care nu este formată în primul rând de modul în care copilul își evaluează calitățile obiective. De fapt, cu cât copilul are o vârstă mai mică, cu atât posibilitățile sale de autopercepție și auto-reprezentare sunt mai reduse și modelate de context.

Rolul reglator al acestei dispoziții este incontestabil, deoarece copilul este dispus să dezvolte sentimente de natură pozitivă sau mai degrabă negativă, dacă contextul

este nefavorabil. Apare interogația firească despre ce ar putea face familia pentru a augmenta imaginea personală a copilului cu IC. O modalitate simplă, la îndemână este folosirea laudelor și recunoașterea realizărilor copilului. Lauda ar trebui să evidențieze orice comportament dezirabil și să îi urmeze imediat. Laudele trebuie formulate în termeni specifici, operaționali și nu generici sau fanteziști. Părinții pot să exerseze astfel de formulări, în așa fel încât să poată face trecerea de la exprimări de forma „ești un copil super!” la unele care să ofere un feedback concret și corect copilului, cum ar fi „sunt foarte mândru de tine pentru că ai purtat aparatul de dimineață, de când te-ai trezit și până acum, când vei merge la culcare!”.

Urmând această cale, în timp se creează așteptări realiste în ambele sensuri (atât din partea părinților, cât și a copilului). Familia va cultiva o mentalitate de dezvoltare, pentru a spori abilitățile copilului. Acest lucru poate crește sentimentul copilului că face parte dintr-un „proiect” mai amplu de dezvoltare. Pașii pot fi mai rapizi sau mai lenți, dar ca regulă generală niciodată copilul cu IC nu ar trebui să fie comparat cu altul (frate, soră, coleg de joacă).

Alegerea școlii

Școala de cartier, școala integratoare sau școala specială

Orientarea copilului spre o școală sau alta se poate face într-un cadru formal, prin intermediul unei comisii specializate. Această comisie funcționează în cadrul Serviciului de Orientare Școlară și Profesională (SEOSP) din cadrul Centrului Județean de Resurse și Asistență Educațională (CJRAE) / Centrului

Municipiului București de Resurse și Asistență Educațională (CMBRAE). Prezentarea la comisie se face în baza unei programări prealabile. Astfel de comisii funcționează în fiecare județ și în municipiul București. Cadrul legal de funcționare a acestor comisii îl constituie ordinul Ministerului Educației Naționale nr. 6552 publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 45 din 19 ianuarie 2012.

Procesul de evaluare drept scop final creșterea calității vieții copilului. Rezultatele evaluării pot conduce la următoarele direcții de acțiune:

- a) încadrarea într-un grad de handicap (ușor, moderat, accentuat sau grav). Această încadrare este urmată de o serie de drepturi prevăzute de legea specială.
- b) orientarea școlară și profesională. Orientarea asigură dreptul la o educație nediscriminatorie.
- c) planificarea serviciilor de abilitare și reabilitare precum și a serviciilor psihologice sau educaționale cu monitorizarea și reevaluarea periodică a progreselor înregistrate de copil, a eficienței beneficiilor, serviciilor, intervențiilor și a gradului de satisfacție al beneficiarilor.

Finalitatea tuturor acestor acțiuni este de a asigura integrarea socială și profesională a copiilor cu diverse cerințe educative speciale prin egalizarea șanselor. Odată formulată opțiunea pentru o anumită școală, părinții pot colabora cu reprezentanții acesteia pentru maximizarea resurselor disponibile. Este începutul unui parteneriat cu efecte benefice pentru copilul cu IC, dar și pentru colegii cu dezvoltare tipică ai acestuia. Un

studiu recent arată că aceste beneficii ar putea fi sintetizate astfel:

- (1) învață să-i respecte pe ceilalți, să accepte diferențele și să recunoască diferite abilități, creând astfel oportunități pentru dezvoltarea de noi prietenii;
- (2) învață despre abilități legate de a-i ajuta pe alții să participe și să învețe;
- (3) beneficiază de efortul cognitiv necesar pentru a se face înțeleși (Molina Roldán et al., 2021).

Părinții pot opta pentru cea mai apropiată școală (din punct de vedere geografic), unde copiii sunt de obicei plasați în mod implicit. Această alegere are o serie de avantaje certe: proximitatea față de casă, posibilitatea pentru copil de a dobândi treptat un anumit nivel de autonomie, potențiale interacțiuni cu colegii în contexte extrașcolare. Un posibil dezavantaj poate fi acela că este posibil ca școala de proximitate să nu fie integratoare.

Școala integratoare sau școala incluzivă reprezintă o altă opțiune, actualmente disponibilă de regulă în mediul urban. Într-o astfel de școală există cel puțin trei specialiști care pot lucra cu familia și cu copilul cu IC: profesorul de sprijin, logopedul și profesorul consilier școlar. Mai mult decât atât în aceste școli nu doar resursa umană și materială facilitează integrarea copilului cu CES, dar chiar etosul instituțional este cultivat în acest sens. Este cea mai bună opțiune pentru copil și familie, dar deocamdată nu este disponibilă în mod universal.

Va exista întotdeauna și opțiunea școlii speciale pentru deficienți de auz, însă din mai multe considerente care țin de

drepturile copilului și politica de integrare, aceasta nu ar trebui să fie văzută ca primă intenție. Desigur că pot exista cazuri punctuale în care școala specială rămâne singura alternativă.

Familiarizarea cu școala și cadrele didactice

În momentul în care școala a fost aleasă și copilul înscris, urmează o altă etapă importantă, familiarizarea cu școala și cu profesorii. O bună tranziție de la grădiniță la școală presupune câteva aspecte importante. Părintele va discuta cu cadrele didactice de la școală pentru a descoperi cele mai eficiente modalități de colaborare. Ideal părintele face parte dintr-o echipă multidisciplinară care include cadrele didactice de la clasă, audiologul, medicul de familie, pediatrul, profesorul de sprijin și logopedul. Fiecare dintre aceste persoane are un rol bine definit în dezvoltarea abilităților de limbaj și comunicare și adaptarea copilului la rigorile statutului de elev.

Înainte de începerea propriu-zisă a școlii copilul poate vizita viitoarea clasă, poate face cunoștință cu învățătoarea și se poate familiariza cu noua ambianță. Aceste acțiuni simple vor ușura participarea copilului la activitățile specifice după începerea școlii. Împuternicirea profesorilor este o condiție esențială pentru integrarea copilului cu IC. Putem da două exemple despre cum funcționează (sau nu) această integrare. Este vorba despre doi copii cu IC, unul în clasa a treia și celălalt în clasa întâi. Învățătorul primului copil nu a simțit și probabil nici nu a avut tot sprijinul necesar (era primul copil cu IC din școală), în timp ce profesorul celui de-al doilea copil a abordat situația mult mai pregătit și mai încrezător, iar rezultatele nu au întârziat să apară.

Comunicarea dintre părinți și profesori care se fundamentează în această perioadă va contribui apoi la a determina modul în care copilul răspunde la instrucțiunile date întregii clase și / sau individual. De asemenea va permite decelarea nivelului de activism al copilului, a situațiilor în care acesta are dificultăți în a auzi (uneori se omite faptul că există un zgomot de fond care îngreunează perceperea mesajului verbal de copilul cu IC, care are nevoie de un plus de 20 dB pentru a înțelege integral ceea ce s-a spus). Familia va avea o imagine mai clară despre interacțiunile cu colegii de clasă și cu ceilalți profesori care predau în clasa respectivă (limba străină, religia, alte materii opționale). De asemenea pot primi un feedback valoros despre nivelul de înțelegere al copilul cu privire la deficiența de auz și protezele auditive, chiar dacă nu trebuie uitat nicio clipă că părinții sunt primii experți în ceea ce îl privește pe copil. Expertiza aduce avantaje datorită cunoștințelor mai bune pe care le au despre nevoile copiilor lor, iar schimbul de informații relevante le poate da profesorilor posibilitatea de a oferi cea mai bună educație copilului cu IC.

Binomul familie-școală

Strategia unei relații ergonomice familie-școală poate fi schematizată conform figurii alăturate. Se impune o detaliere a elementelor esențiale ale acestei strategii.

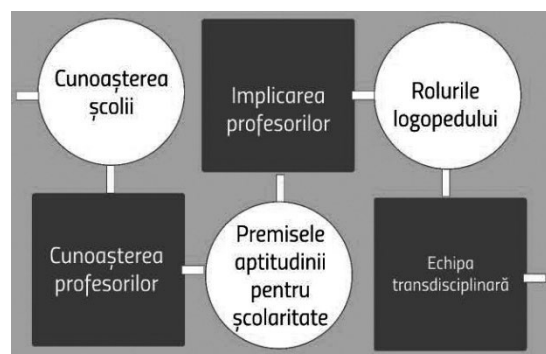
Implicarea părinților – repere practice

Deficiența de auz are impact direct asupra copilului, dar și asupra familiei acestuia. Pe măsură ce copilul crește și cercul social al acestuia se extinde, acest impact se va regăsi și asupra colegilor și prietenilor acestuia. Orice tip de intervenție trebuie să țină cont de aceste aspecte.

Una dintre cele mai eficiente abordări este cea în care programele de abilitare / reabilitare au la bază intervenția centrată pe familie. Aceste programe au două obiective principale. Un prim obiectiv constă în consolidarea încrederii părinților și a copilului în abilitățile proprii. Cel de-al doilea obiectiv este de a furniza părinților cunoștințele necesare punerii în aplicare a strategiilor și tehnicilor de stimulare a limbajului necesare comunicării eficiente cu copiii lor (DesJardin & Eisenberg, 2007).

Implicarea părinților atrage o multitudine de beneficii atât pentru familie și copil, cât și pentru școală și comunitate. Se elimină supozițiile greșite pe care le pot avea părinții despre personalul școlar și invers, cu privire la motive, atitudini, intenții și abilități. Crește abilitatea părinților de a juca rolul de persoane-resursă pentru dezvoltarea academică, socială și psihologică a copiilor lor, cu potențial de influențare pozitivă pe termen lung.

Mai mult, are loc și dezvoltarea propriilor abilități și a încrederii în sine a părinților, încurajând uneori continuarea propriei educații și obținerea unui loc de muncă mai bun, oferind copiilor lor modele mai bune. Se dezvoltă astfel calitatea părinților de susținători ai instituției școlare în cadrul comunității. Părintele are la îndemână mai multe moduri de a se



implica în ceea ce privește relația cu școala și comunitatea.

O primă modalitate este implicarea informală. Părintele vine să discute despre progresul copilului său sau participă la o activitate organizată de școală. De asemenea, el se poate implica ca voluntar sau co-terapeut. O a doua modalitate este implicarea formală. Aceasta se poate manifesta prin participarea la activitățile unui grup de lucru, la nivelul căruia se iau decizii privind școala. Aceste grupuri de lucru pot fi: comitetul de părinți, consiliul de administrație, un grup de lucru care se ocupă de diverse aspecte, cum ar fi, de exemplu, întreținerea clădirii etc. Se pot adăuga acțiuni de voluntariat - de exemplu, ajutarea la activitățile din clasă, participarea la grupuri de lectură, însoțirea copiilor în excursii, participarea la grupuri sau comitete de părinți, ad-hoc sau permanente, coordonarea evenimentelor școlare, a străngerilor de fonduri, a expozițiilor, a târgurilor școlare sau a tombolelor, organizarea de activități cu alți părinți ai copiilor din aceeași clasă sau din alte clase, antrenarea echipelor sportive din școală, organizarea de cluburi de șah, dar și participarea activă la evenimente organizate de școală: întâlniri, serbări, „Săptămâna porților deschise”, „Școala altfel” etc.

Așa cum am subliniat deja, părintele își cunoaște copilul mai bine decât oricine altcineva. Cadrele didactice aspiră la acest statut, doresc să îl cunoască pe copil cât mai bine. Când există o relație puternică și echilibrată cu școala și profesorii copilului, părintele este într-o poziție din care poate oferi informații care să-l ajute pe copil să profite la maximum de educație. Părintele și profesorii copilului lucrează împreună

pentru a sprijini învățarea și bunăstarea acestuia. Rezultatele se concretizează în:

- frecvența regulată la școală, diminuarea absenteismului;
- rezultate școlare mai bune;
- atitudine pozitivă a copilului față de școală;
- bune abilități sociale și relaționale;
- stare generală de bine;
- prevenirea eșecului școlar și finalizarea școlii.

Profilul și caracteristicile social economice și culturale ale familiei vor determina gradul și modalitățile de implicare. Chiar dacă nu toți părinții se pot implica atât de mult pe cât și-ar dori, toți pot să transmită mesajul implicit și explicit că școala este importantă pentru familie și copil. Un mesaj pozitiv cu privire la școală și cadrele didactice transmite ideea că educația este valorizată și ceea ce se petrece la școală prezintă un interes maxim.

Implicarea profesorilor – repere practice

Învățarea formală răspunde unor comenzi aparent contradictorii. Pe de o parte, avem pregătirea frontală a grupului, iar pe de altă parte, nevoile, stilul de învățare și particularitățile fiecărui elev. Profesorii trebuie să răspundă acestei provocări și să faciliteze un proces de predare eficient, activ și cu efecte pe tot parcursul vieții (Reinders, 2010). În situația în care în clasă este un copil cu IC profesorul trebuie să îmbine judicios metodele și strategiile didactice tradiționale cu unele adaptate specificului învățării la acești copii. Obiectivele predării nu sunt circumscrise doar instruirii, ci și formării și dezvoltării situațiilor de învățare favorabile fiecărui individ, în contexte formale, informale și nonformale.

Învățarea activă este un concept cu o arie mare de acoperire, care se referă la mai multe modele instructiv-educative ce implică responsabilitatea și responsabilizarea în învățare a celui care învață. Pentru a învăța eficient, copilul trebuie să facă mai mult decât să asculte. El trebuie să vadă, să citească, să scrie, să discute, să fie antrenat în rezolvarea de probleme. Domeniul învățării acoperă astfel trei arii esențiale:

- Cunoștințe (informații)
- Aptitudini
- Atitudini
- Învățarea activă implică copilul în două aspecte principale:
 - Să facă și
 - Să analizeze, să sintetizeze, să aprecieze (deci să gândească) ceea ce face.

Astfel va căpăta caracteristicile unei persoane care învață eficient, adică va avea niște obiective clare legate de ceea ce învață, va putea atinge aceste obiective utilizând diverse strategii de învățare, va avea un bun management al resurselor (timp, surse de informație, materiale, etc.), își va construi o imagine realistă a punctelor forte și a minusurilor personale, se va raporta de o manieră afectivă pozitivă la conținuturile învățării, își va asuma responsabilitatea formării, va putea să își planifice, să își structureze și să evalueze demersul de învățare.

Pentru a răspunde acestor deziderate cadrul didactic are la îndemână unele repere care vizează comunicarea cu familia, poziționarea copilului în clasă, modalitățile de predare și implicare a copilului în procesul de învățare. Profesorul trebuie să comunice direct cu

părintele (față în față sau prin intermediul diverselor platforme digitale) despre ceea ce s-a petrecut pe parcursul unei zile de școală. Acest schimb informațional va avea, ideal, o frecvență zilnică. Beneficiul este dual, atât pentru părinte, care se va simți mai implicat și mai responsabilizat în privința formării copilului, dar și pentru profesor, care nu va mai purta singur „povara” formării copilului.

Este importantă de asemenea poziția copilului în sala de clasă. De preferat va fi așezat în băncile din față, pe rândul din mijloc. Cadrele didactice trebuie să aibă în minte regula celor 6 dB (de fiecare dată când se dublează distanța față de sursa unui sunet, semnalul perceput de copilul cu IC se reduce cu 6 dB). Oarecum contraintuitivă este folosirea corectă a vocii în clasă. Am putea crede că ne facem mai bine înțelegi dacă vorbim mai tare, dar uităm că o intensitate crescută înseamnă de fapt accentuarea vocalelor și estomparea consoanelor, adică o reducere a inteligibilității pentru copilul cu IC. De aceea profesorul va folosi o intensitate naturală a vocii și un ritm mediu de vorbire. Vorbește de regulă cu fața la clasă, pentru a asigura o bună vizibilitate pentru copilul cu IC. În timp ce vorbește poate folosi gesturi naturale și evocatoare pentru a clarifica mesajul verbal.

Sunt și alți factori de mediu de care se va ține seama. Iluminatul clasei trebuie să fie optim, iar suprafețele pe cât posibil fonoabsorbante. Deoarece îmbinarea informațiilor auditive cu cele vizuale maximizează capacitatea de înțelegere a copilului, se va ține cont de faptul că prea puțină sau prea multă lumină (de exemplu dacă intră direct lumina soarelui prin ferestre) face dificilă receptarea indiciilor

vizuale. Unii copii au un singur implant cohlear. În această situație profesorul va ține cont de faptul că elevul aude cel mai bine pe partea cu implantul.

În ciuda celor mai atente pregătiri, sunt situații în care copilul nu va înțelege un anumit mesaj. Ar fi de dorit să fie învățat încă din primele zile de școală cum să semnalizeze acest lucru, fără a perturba fluxul lecției. O modalitate simplă ar fi, de exemplu, să aibă la îndemână două cartonașe, unul cu o față zâmbitoare, celălalt cu o față nedumerită. Abilitatea de a înțelege poate fi sprijinită prin variate abordări. De fiecare dată când se modifică subiectul discuției, acest lucru trebuie marcat clar. Dacă este o secvență de lecție interactivă, este bine ca profesorul să realizeze o sinteză a ideilor exprimate de colegi.

Chiar de la începutul clasei pregătitoare copiii sunt antrenați pentru a avea acces la informația scrisă. Copilul cu implant cohlear poate beneficia de astfel de informații prezentate vizual. Deoarece există un oarecare decalaj între vocabularul activ al copilului auzitor și al celui cu deficiență de auz, pot fi utile recomandările de a exersa în avans, acasă, ca pregătire pentru o anumită lecție, liste de cuvinte, termeni specifici sau teme generale. Mesajele verbale pot fi repetate și reformulate pentru a ușura înțelegerea. Ori de câte ori este posibil, aceste mesaje vor fi însoțite de un suport vizual. Cadrul didactic va avea în minte faptul că abordarea multi-senzorială este cea mai eficientă în învățare. Dacă totuși copilul nu înțelege, acesta trebuie să aibă acces la strategii compensatorii, care să îl ajute să depășească momentul. Aserțiunile la persoana I („Eu... nu am auzit / nu am

înțeles”) funcționează bine în acest sens. Eforturile conjugate ale cadrelor didactice și ale familiei vor fi deplin apreciate de către copilul cu implant cohlear.

Provocări și perspective

Abilitarea auditiv-verbală a copilului cu IC este un proces de lungă durată, la care participă actanți semnificativi, care acționează în echipa multidisciplinară. Investiția inițială în operația care îi va permite copilului să intre în lumea auzitorilor este semnificativă atât în privința costurilor materiale, dar și a celor afective, emoționale, a așteptărilor care se conturează din partea familiei, legate de ce va putea face copilul, dintr-o perspectivă verbală.

Intervenția timpurie sistematică corelează semnificativ cu bunele abilități verbale pe care le dezvoltă copilul. Perioada preșcolară înseamnă trei ani de eforturi susținute și care pregătesc copilul pentru a se putea integra și a răspunde pe măsura potențialului de dezvoltare pe care îl are solicitărilor mai structurate, formale, de tip școlar. Trecerea de la grădiniță la școală trebuie pregătită activ de familie, dar și școala are o multitudine de aspecte concrete de luat în considerare, pentru a deveni un mediu prietenos, integrator pentru copil.

Fără a avea pretenția de exhaustivitate lucrarea de față analizează, dintr-o perspectivă logopedică, tranziția spre școlaritate a copilului cu IC. Sunt avute în vedere unele repere cronologice în dezvoltarea tehnicii și tehnologiei implantului cohlear la nivel internațional și în România. Subliniem constatările și recomandările OMS cu privire la screeningul și intervenția în hipoacuzie,

condiție bio-medicală aflată pe un trend ascendent la nivel mondial (World Report on Hearing, 2021). Aducem argumente care explică caracterul multifactorial al procesului de trecere de la un nivel de învățământ la altul, precum și faptul că rezultatele care pot fi obținute sunt în strânsă dependență de o constelație de factori, unii imuabili, dar cei mai mulți având potențialul de a fi influențați, ajustați pentru a maximiza succesul. Premisele adaptării la statutul de școlar includ dezvoltarea unor abilități relevante pentru copilul cu IC, formarea și dezvoltarea competențelor de comunicare, dezvoltarea autonomiei personale cu notele caracteristice IC, toate acestea ducând și la o pozitivare și consolidare a imaginii și stimei de sine a copilului cu IC.

Opțiunile pentru școala unde va merge copilul pot fi mai diversificate sau dimpotrivă, limitate. Școala de masă, integratoare sau incluzivă ar trebui să fie prima luată în considerare. După ce selectarea școlii s-a realizat urmează procesul de acomodare și pregătire a intrării în școală. Pilonii principali ai acestui demers sunt împuternicirea cadrelor didactice pentru a lucra cu copilul cu IC, comunicarea eficientă familie-școală și asumarea și manifestarea rolului de expert de către părinte, membru esențial al echipei. Lucrarea propune o serie de repere practice dedicate atât părinților, cât și profesorilor pentru a maximiza șansele de integrare și dezvoltare a copilului cu IC. Evoluția tehnologiei și un acces mai facil la diverse soluții de augmentare a transmiterii mesajelor verbale în clasă vor conduce la

stabilirea de noi standarde și bune practici în această privință.

Bibliografie

- Anca, M. (2007). Metode și tehnici de evaluare a copiilor cu CES. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană
- Bodea-Hațegan, C. & Popescu, T. (2021). Album logopedic. Grupuri consonantice. Cluj-Napoca: Editura ASTTLR
- Bodea-Hațegan, C. (2022). Tulburările de voce și vorbire: evaluare și intervenție. Cluj-Napoca: Editura ASTTLR
- Calmels, M.-N., Saliba, I., Wanna, G., Cochard, N., Fillaux, J., Deguine, O., & Fraysse, B. (2004). Speech perception and speech intelligibility in children after cochlear implantation. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 68(3), 347-351. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2003.11.006>
- DesJardin, J. L., & Eisenberg, L. S. (2007). Maternal Contributions: Supporting Language Development in Young Children with Cochlear Implants. *Ear and hearing*, 28(4), 456-469. <https://doi.org/10.1097/AUD.0b013e31806dciab>
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and Society*. W. W. Norton.
- McCauley, R. J., Strand, E., Lof, G. L., Schooling, T., & Frymark, T. (2009). Evidence-based systematic review: effects of nonspeech oral motor exercises on speech. *Am J Speech Lang Pathol*, 18(4), 343-360. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009/09-0006\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/09-0006))

- Mitra, G. & Mogoş, A. (1977). Dezvoltarea calităților motrice. București: Editura Sport-Turism
- Molina Roldán, S., Marauri, J., Aubert, A., & Flecha, R. (2021). How Inclusive Interactive Learning Environments Benefit Students Without Special Needs. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661427>
- Mudry, A., & Mills, M. (2013). The Early History of the Cochlear Implant. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 139(5), 446. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2013.293>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2016). NIDCD fact sheet: Cochlear implants [NIH Pub. No. 00-4798]. www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/hearing/FactsheetCochlearImplants.pdf
- Park, L. R., Gagnon, E. B., & Brown, K. D. (2021). The Limitations of FDA Criteria: Inconsistencies with Clinical Practice, Findings, and Adult Criteria as a Barrier to Pediatric Implantation. *Seminars in Hearing*, 42(04), 373-380. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739370>
- Perrin, E., Berger-Vachon, C., Topouzkhaniyan, A., Truy, E., & Morgon, A. (1999). Evaluation of cochlear implanted children's voices. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 47(2), 181-186. [https://doi.org/10.1016/S0165-5876\(98\)00140-2](https://doi.org/10.1016/S0165-5876(98)00140-2)
- Reinders, H. (2010). Towards a Classroom Pedagogy for Learner Autonomy: A Framework of Independent Language Learning Skills. *Australian Journal of Teacher Education*, 35(5). <https://doi.org/10.14221/ajte.2010v35n5.4>
- Sarant, J. Z., Holt, C. M., Dowell, R. C., Rickards, F. W., & Blamey, P. J. (2008). Spoken Language Development in Oral Preschool Children With Permanent Childhood Deafness. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 14(2), 205-217. <https://doi.org/10.1093/deafed/enno34>
- Thordardottir, E., & Weismer, S. E. (2002). Content Mazes and Filled Pauses in Narrative Language Samples of Children with Specific Language Impairment. *Brain and Cognition*, 48(2-3), 587-592. <https://doi.org/10.1006/brcg.2001.1422>
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research.
- Woźnicka, E., Niebudek-Bogusz, E., Kwiecień, J., Wiktorowicz, J., & Sliwiska-Kowalska, M. (2012). Applicability of the vocal tract discomfort (VTD) scale in evaluating the effects of voice therapy of occupational voice disorders. *Medycyna Pracy*, 63(2), 141-152. <https://eslaeurope.eu/>
<https://voice-erasmus.eu/>
- Programul national de tratament al surditatii prin proteze auditive implantabile (implant cohlear si proteze auditive). (n.d.). <http://www.casan.ro/page/programul-national-de-tratament-al-surditatii->

prin-proteze-auditiv-implantabile-
implant-cochlear-si-proteze-
auditiv.html

World Report on Hearing. (2021, March 2).
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/highlighting-priorities-for-ear-and-hearing-care>

¹ Lect. asoc. dr. Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași

Email: cristian.tudorean@uaic.ro

² Prof. univ. dr. Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași;

Email: alois@uaic.ro