

Eficacitatea terapiei oro-mio-funcționale în cadrul terapiei ortodontice

The Efficiency of the oro-mio-functional therapy during orthodontic approaches

Ilia Teodora JIPA Phd, MD¹

Abstract

The growth in number of children having oro facial myo - functional disorders with affected functions such as swallowing, speech, breathing and mastication is increasing with each new generation. Any abnormality in the functions and postures of the intra oral and facial musculature can have a negative effect on dental growth and should be treated before they cause any sort of malformation of the dental arches and other bone deformities. The data provided do not come from one only one field of specialists but from different ones, whether dentistry, orthodontics, pediatrics or speech therapists. Oral myofunctional therapy (OMFT) may still seem a relatively new subject to recent generations of therapists but the reality is that it has been practiced for more than one hundred years. The purpose of this article is to discuss integral features of Orofacial Myofunctional Therapy as well as making a difference between the two philosophies and its important role in orthodontics so that children benefit from a complete approach leading to better development so that they can reach their full genetic potential. Orthodontic treatment alone, in the presence of bad habits, is not enough to solve the orthodontic issues, so it needs to be combined with myofunctional treatment.

Keywords: Orofacial muscles; Myofunctional therapy; Orofacial disorders, Orthodontics, Malocclusion, Oral habits

Introducere

Este fascinant să explorezi lumea Terapiei Oro Miofuncționale (OMFT) și evoluția sa de-a lungul timpului. Această terapie abordează o gamă largă de probleme legate de obiceiurile orale și funcțiile musculare care pot influența semnificativ atât dezvoltarea arcadelor dentare, cât și pe cea a oaselor faciale.

Primele documente despre Terapia Oro Miofuncțională (OMFT) datează încă din secolul 19. Lucrări precum cea a lui George Caitlin din 1870 [1] având un titlu extrem de sugestiv "Închide gura-salvează-ți viața" precum și cea a doctorului Alfred P. Rogers din 1918 "Aparate dentare vii" [2] au pus bazele înțelegerii legăturii dintre ocluzia corectă și funcția musculară, între

obiceiurile orale și efectele lor asupra întregii sănătăți generale.

Și ce este de fapt terapia OMFT?

Terapia Oro Mio Funcțională este o reeducare neuromusculară, sau o reprogramare menită să corecteze funcția incorectă a mușchilor limbii și a celor oro-faciali.

Este un domeniu vast interdisciplinar care aduce împreună o serie de specialiști din domenii diferite precum ortodonți, logopezi, dentiști, medici O.R.L.-iști, pneumologi, consultanți în respirație, nutriționiști, osteopati, psihologi și alți terapeuți, în funcție de necesitățile pacientului, pentru un diagnostic corect și complet.

Deși pare a fi derivat exclusiv din domeniul ortodontic, domeniul OMFT este mai complex decât se observă la prima vedere. În cadrul lui sunt abordate o serie de tulburări musculare și ale funcțiilor iar soluțiile terapeutice merg dincolo de tratamentele ortodontice tradiționale, concentrându-se nu numai pe corectarea ocluziei, ci și pe eliminarea obiceiurilor vicioase. Când spunem obiceiuri vicioase ne referim la obiceiul de respirație pe gură, poziționarea incorectă a limbii în repaus și în deglutiție, masticatie insuficientă, articulare incorectă prin poziționarea limbii pe sau între dinți precum și suptul degetului, utilizarea prelungită a suzetei și altele.

Tratamentul OMFT este așadar un tratament croit special pentru fiecare afecțiune în parte având ca scop principal promovarea modelelor musculare ideale și încurajarea obiceiurilor funcționale corecte. El variază în funcție de vârsta și de abilitatea cognitivă a pacientului adresându-se nevoilor specifice ale fiecăruia în parte.

Propunându-și să optimizeze dezvoltarea cranio facială și să prevină efectele dăunătoare asupra structurilor orale, beneficiarii unui astfel de tratament pot fi copiii începând cu vârsta de 3 ani, adolescenții, dar și adulții. Mai mult decât atât, abordarea personalizată pentru pacienții cu nevoi speciale demonstrează flexibilitatea OMFT în adaptarea pe nevoile individuale în timp ce urmărește obiectivele comune de tratament.

Terapia include exerciții ale mușchilor intra și extra orali, terapia de eliminare a obiceiurilor vicioase, precum și tehnici de modificare ale comportamentului pentru ca tratamentul să își atingă obiectivele.

Accentul este pus pe intervenția timpurie, iar în legătura sa directă pe care o are cu ortodonția, scopul este includerea OMFT în planificarea tratamentului înainte sau după terapia ortodontică pentru simplul fapt că OMFT evidențiază importanța abordării funcției musculare încă de la început pentru a optimiza rezultatele.

În ansamblu, Terapia Miofuncțională Orofacială pare să ofere o abordare cuprinzătoare pentru tratarea obiceiurilor orale și a disfuncțiilor musculare, cu potențialul de a influența pozitiv atât sănătatea dentară, cât și dezvoltarea facială, mergând până la îmbunătățirea sănătății generale și a comportamentelor zilnice.

Obiectivele OMFT-ului sunt :

- Respirație nazală (zi și noapte) – via O.R.L., logopedie, terapie de respirație
- Buze unite, închise în repaus (zi și noapte) – via logopedie, terapie miofuncțională
- Dezvoltarea și imprimarea posturilor normale de poziționare ale limbii în repaus și în timpul înghițirii - pe palat, în spatele incisivilor centrali – via logopedie, terapie miofuncțională
- Repoziționarea corectă a mandibulei – via ortodonție
- Reducerea tensiunii și a presiunii, precum și întărirea mușchilor care nu au o funcționare normală (mușchii feței și ai gurii) – via logopedie, terapie miofuncțională prin masaje oro-faciale
- Stabilirea modelelor normale de mușcătură și de masticatie – via ortodonție
- Eliminarea obiceiurilor orale dăunătoare (suptul degetului, împingerea limbii către în față, mai ales

intre dinți, rosul unghiilor/ a obrazilor, mestecatul de pix/ stilou/ etc) – via logopedie, ortodonție, psihologie
 –Tratarea disfuncției mușchilor și a articulației TMJ, în strânsă legătură cu bruxismul (scrâșnitul din dinți noaptea) și încheștarea dinților – via ortodonție, chirurgie, osteopatie

Obiectivul principal al acestei terapii uluitoare însă merge către corectarea problemelor "de la rădăcină".

Tratamentul ortodontic și terapia oro mio funcțională sunt interconectate, însă sunt două filozofii diferite. Tratamentul convențional este orientat către dantură, către exactitatea unor rapoarte de mușcătura ideale, iar abordarea sa este mai mult mecanică. Considerentele estetice sunt și cauza principală pentru care pacienții apelează la astfel de servicii. Tratamentul mio-funcțional poate fi considerat și o ramura a ortodonției, însă nu a celei convenționale, ci a ortodonției interceptive sau timpurii, având o abordare mai mult educațională decât mecanică. Astfel, în timp ce ortodonția convențională se axează pe aspectele estetice și funcționale ale zâmbetului, terapia OMFT vizează și se concentrează pe reeducarea funcțiilor orale pentru a obține beneficii estetice și funcționale ca scop final.

Tehnicile de tratament în cazul celor două filozofii diferă de asemenea. Ortodonția clasică folosește diferite tipuri de aparate fixe sau mobile cu ajutorul cărora vor fi aplicate diferite tipuri de forțe pe dinți pentru a-i aduce într-o poziție favorabilă din punct de vedere estetic. Terapia OMFT se bazează pe diverse tipuri de exerciții și dispozitive mio - funcționale care nu au legătura cu dinții de cele mai multe ori și

care au ca scop reechilibrarea corectă a raportului mușchilor intra și extraorali cu țesuturile înconjurătoare. Prin restabilirea funcționalității corecte a acestor mușchi, țesuturile dentare, arcadele dentare, precum și oasele faciale vor beneficia de forțele naturale și continue ale acestora, pentru o dezvoltare optimă. Diferența majoră în acest caz o face vârsta la care se intervine cu aceste tehnici diferite. În timp ce vârsta nu constituie un impediment în cazul ortodonției în multe cazuri, în cazul OMFT-ului vârsta de maturare osoasă se încheie în jurul adolescenței timpurii.

Momentul începerii tratamentelor diferă de asemenea. De cele mai multe ori considerentul estetic constituie motivul principal pentru majoritatea pacienților care apelează la serviciile de ortodonție. În cazurile fericite, mulți dintre părinți solicită un control ortodontic după erupția primului dinte definitiv, în jurul vârstei de 6 ani. Acesta este o vârstă optimă pentru a putea observa și acționa cât se poate de repede în cazul în care se observă un dezechilibru între dezvoltarea oaselor maxilare și erupția dinților noi permanenți. Cu toate acestea, vârsta de elecție pentru tratamente ortodontice este după apariția ultimului dinte definitiv, adică după vârsta de 12 ani. Din nefericire, la acea vârstă mai mult de 90 % din oasele faciale sunt deja formate, iar modificările structurale osoase nu mai pot fi făcute la fel de ușor cu forțe mici. În cazul OMFT-ului pare a fi o situație mai fericită întrucât mulți pacienți cu nevoi ajung în serviciile de logopedie la vârste mult mai mici decât în cazul ortodonției., Cu toate că terapia OMF nu ține cont de vârstă, efectele sale asupra țesuturilor sunt incomparabile la vârste mai mici. Realitatea este că orice corectare a unei disfuncții de formă sau de funcție se obține mult mai rapid la vârste

mai mici. De asemenea, dezvățarea unui obicei vicios se face mult mai ușor după un timp mai scurt de la instalarea acestuia.

Durata celor două tratamente nu diferă însă. Ea poate dura de la câteva luni la câțiva ani, în funcție de complexitatea cazului.

Numărul pacienților cu afecțiuni OMF asociate cu modificări de structura a arcadelor dentare și implicit cu anomalii dento faciale a crescut alarmant de mult în ultimele decenii. Marea majoritate a anomaliilor dento faciale precum cele ce urmează sunt frecvent însoțite de disfuncții ale mușchilor limbii și a celorlalți mușchi oro faciali.

Mușcătura inversă simetrică sau asimetrică și prognatismul mandibular.

Atunci când întreaga arcadă dentară inferioară (mandibula) circumscrie arcada superioară (maxilarul superior) și nu invers, așa cum este normal. Asociate acestui tip de mușcătură incorrectă întâlnim de cele mai multe ori prezente și afecțiuni din sfera O.R.L. precum respirația orală și o poziție joasă a limbii, atât în deglutiție cât și în repaus.



Fig. 1- Exemplificare prognatismul mandibular

Raportul sau angrenajul invers al dinților superiori față de inferiori

Acoperirea dinților superiori de către inferiori (în cazul unui dinte) are asociată de cele mai multe ori o respirație orală, precum și o poziție joasă a limbii în repaus sau în deglutiție, sau un alt obicei vicios sau interferența dentară asociată în momentul erupției dentare.



Fig. 2 o Angrenajul invers al dinților

Ocluzia deschisă

Mușcătura deschisă în zona anterioară: Contactul se face doar pe dinții din spate, iar dinții din față nu se ating. Asociate acestui tip de ocluzii întâlnim, de cele mai multe ori, suptul excesiv al degetului sau a altor obiecte, folosirea îndelungată a suzetei, interpoziția limbii interdentară în repaus și în deglutiție, respirația orală. Profilul este modificat iar etajul inferior al feței este de cele mai multe ori mărit.





Fig. 3- Exemplificare ocluzia deschisă

Ocluzia adânc acoperită

Atunci când întreaga arcadă superioară supra-acoperă în totalitate sau mai mult de 1/3 din arcada inferioară. Asociate avem o mandibulă retrasă, retrognată, un profil modificat, etajul inferior al feței micșorat, respirație orală, traume ale articulației temporo-mandibulare, traume ale gingiilor sau ale mucoasei palatului.



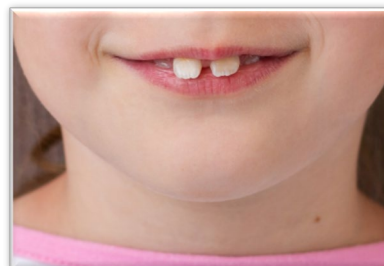
Fig. 4 – Ocluzie adânc acoperită

Muscătura în acoperis - Protruzia dinților superiori

Atunci când dinții arcadei superioare sunt prea în față și acoperă arcada inferioară ca un acoperiș. De cele mai multe ori există o discrepanță de la câțiva mm la câțiva cm între cele două oase maxilare. Mandibula retrognată prezintă traumă la nivelul articulației temporo mandibulare.

Asociate acestui tip de mușcătură avem, de cele mai multe ori, o respirație orală, o

poziție incorectă a limbii în deglutiție, obiceiuri vicioase asociate precum suptul degetului sau a altor obiecte, interpunerea buzei inferioare între cele două arcade în repaus sau în deglutiție, hipotonia buzelor.



Fig/ 5 – Exemplificări / Muscătura în acoperiș.

Înghesuirea dentară

De cele mai multe ori o dezvoltare insuficientă a oaselor maxilare conduce la un spațiu insuficient pentru dinți. Asociate acestui tip de malocluzie întâlnim, de cele mai multe ori, o respirație orală precum și o poziție incorectă a limbii în deglutiție.



Fig. 6- Înghesuirea dentară

Avem acum la dispoziție tehnici, tehnologii și dispozitive la care străbunii noștri nici nu visau, însă totul începe cu un diagnostic corect, unde trebuie să luăm în considerare atât modificările de formă, cât și cele de funcții. Și invers.

Reușita succesului unui tratament complex ca în imaginile de mai jos nu poate avea rezultate spectaculoase decât prin unirea într-un singur tratament a celor două filozofii. Lăsând fiecare dintre ele să facă ce știe ele mai bine, ortodonția să se ocupe de formă, iar OMFT-ul să se ocupe de funcție.

Ambele cazuri, atât adultul cât și copilul, aveau asociate obiceiul vicios de supt al policelui, interpoziția limbii între arcade precum și defecte de vorbire.



Fig 7- Exemplificări recuperatorii

Abordarea multidisciplinară devine imperios necesară pentru a putea trata într-un mod cât mai simplu diferitele provocări ale cazurilor prezente din ce în ce mai des în cabinetele noastre.

În plus, corectarea diverselor anomalii împreună cu disfuncții prezente la nivelul

mușchilor orofaciali, ale competenței buzelor, dar de cele mai multe ori a poziției limbii în repaus sau în deglutiție, ar trebui să fie pe lista priorităților oricărui clinician. Tratarea acestor disfuncții conduce și la o stabilitate în timp a rezultatului obținut, reducându-se

considerabil rata de recidivă post tratament ortodontic.

Respectarea și motivația pacientului sunt absolut esențiale în terapiile miofuncționale întrucât majoritatea exercițiilor care trebuie făcute sunt repetitive și trebuie practicate inclusiv acasă. De aceea uneori rata de eșec este de 80%, dacă exercițiile miofuncționale nu sunt abordate într-un mod corect. Este motivul pentru care în ajutorul terapiei mio- funcționale vin cu succes o serie de dispozitive mio- funcționale.

Concluzie

Schimbările în dietă și în stilul de viață modern, precum și factorii de mediu au adus modificări structurale și funcționale deopotrivă, iar ortodonția convențională în prezența unor obiceiuri vicioase active nu are stabilitate pe termen lung. De cele mai multe ori problemele ortodontice precum înghesuirile dentare sau ocluziile dentare greșite sunt însoțite în peste 70% din cazuri de dezechilibre musculare precum și de disfuncții de respirație, deglutiție, articulare sau masticație.

Luând în considerare influența funcțiilor asupra formei oaselor faciale și ale arcadei dentare se poate lua în calcul stabilirea unui protocol clar de lucru interdisciplinar între OMFT și alte specializări, în mod particular ortodonția și ortopedia dento facială. Prin normalizarea funcțiilor orale de la o vârstă fragedă cu ajutorul terapiei OMF se pot pune chiar bazele stabilirii unei politici preventive în cazul copiilor pentru a opri apariția deformărilor, așa cum se întâmplă la peste 50% dintre copii.

Din nefericire, reeducările funcționale au fost considerate până în momentul de față

a se normaliza spontan, o dată cu creșterea în vârstă. Acest lucru nu se întâmplă întotdeauna iar în cazul unui tratament ortodontic încheiat unde funcțiile nu au fost luate în considerare ca fiind provocatoare de anomalii, se explica multiplele recidive ortodontice sau strategiile de conținții lungi, unele chiar permanente. În cazul unui tratament ortodontic funcția trebuie, prin urmare, să fie luată în considerare încă de la începutul acestuia. Astfel, tratarea disfuncțiilor într-un stadiu incipient împiedică agravarea acestora și restabilește un echilibru funcțional fiziologic din frageda copilărie.

Prin OMFT cu ajutorul exercițiilor și a aparatelor mio funcționale și prin ortodonție cu ajutorul aparatelor ortodontice va avea loc stimularea rețelei neuronale prin engramarea noilor tipare de funcționare corecte subcortical, astfel efectele nu ar trebui să se lase mult așteptate ca în cazul cazurilor prezentate mai sus.

Bibliografie

- Catlin, G. (1878, January 1). Shut Your Mouth and Save Your Life. [ht](#)Alfred Paul Rogers 1929, Pages 1-14, Living orthodontic appliances, International Journal of Orthodontia, Oral Surgery and Radiography, Volume 15, Issue 1, ISSN 0099-6963, [https://doi.org/10.1016/S0099-6963\(29\)90578-0](https://doi.org/10.1016/S0099-6963(29)90578-0). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099696329905780>)
- Rogers, Alfred P. (1950-11-01). "A restatement of the myofunctional concept in orthodontics". American Journal of Orthodontics. 36 (11): 845-855. [doi:10.1016/0002-9416\(50\)90039-X](https://doi.org/10.1016/0002-9416(50)90039-X)

- Shapiro, E. (1978, July). Myofunctional therapy. *American Journal of Orthodontics*, 74(1), 101-103. [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(78\)90052-0](https://doi.org/10.1016/0002-9416(78)90052-0)
- Orofacial Myofunctional Therapy in Orthodontics - A Review Rohit Kulshrestha^{1*}, Kamlesh Singh², Saniya Kinger³, Shelly Jain⁴ and Raahat Vikram Singh⁵ Received: August 13, 2016; Published: November 29, 2016
- P. Fellus, orthodontiste, Paris, attache consultant CHU Robert Debre Paris, president societe Orthopolis SAS, cletentrice du brevet FroggyMouth „L'oralite du jeune enfant : pour une meilleure approche de l'orthodontie pediatrique”, *Médecine & Enfance*, November 2014
- Hanson, M. L. (1978, January). - Oral myofunctional therapy. *American Journal of Orthodontics*, 73(1), 56-67. [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(78\)90102-1](https://doi.org/10.1016/0002-9416(78)90102-1)
- Dr Chris Farrell, BDS (Syd) and Matt Darcy, Dental Researcher” The history of myofunctional orthodontics „May/June 2018, *Australasian Dental Practice* 74-76
- Mason R.M. “A retrospective and Prospective View of Orofacial Myology”. *International Journal of Orofacial Myology* 31 (2005): 5-14.
- Fujiki, T., et al. “Relationship between maxillofacial morphology and deglutitive tongue movement in patients with anterior open bite”. *American journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics* 125.2 (2004): 160-167.
- Rogers A.P. “Exercises for the development of the face, with a view to increasing their functional activity”. *Dental Cosmos* 60:857.
- Van Norman R.A. “Helping the Thumb-sucking Child, 1999, Avery Publishing Group, Garden City Park, New York”.
- Marasa F.K. “An Explanation of the Effect That Two Different Swallowing Patterns Have on Cranial Articular Motion”. *The Journal of the American Academy of Gnathologic Orthopedics* 25.1 (2008): 10.
- Ray J. “Orofacial Myofunctional Deficits in Elderly Individuals”. *International Journal of Orofacial Myology* 32 (2006): 22-31.
- Hanson M.L and Mason R.M. “Orofacial Myology: International Perspectives”. C.C. Thomas, Springfield, IL, 2003.
- Mason, R. Orofacial myology: “Current trends [Special Issue]”. *International Journal of Orofacial Myology* 14, 1, March, 1988.
- Benkert KK. “The effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving dental occlusion”. *International Journal of Orofacial Myology* 23 (1997): 35-46.
- Smithpeter J and Covell D Jr. “Relapse of anterior open bites treated with orthodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy”. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 137.5 (2010): 605-614.
- Ingervall B and Eliasson G. “Effect of lip training in children with short upper lip”. *Angle Orthodontist*. 52.3 (1982): 222-233.

- Barber T. K and Bonus H. W. "Dental relationships in tongue-thrusting children as affected by circumoral myofunctional exercise". *Journal of the American Dental Association* 90.5 (1975): 979-988.
- Thiier U and Ingervall. "Pressure from the lips on the teeth and malocclusion". *American Journal of Orthodontics* 90.3 (1986): 234-242.
- Berkinshaw ER., et al. "The effect of methodology on the determination of nasal resistance" *American Journal of Orthodontics*. 92.4 (1987): 329-335.
- Cooper J.S. "A comparison of myofunctional therapy and crib appliance effects with a maturational guidance control group". *American Journal of Orthodontics* 72.3 (1977): 333-334.
- Hahn V and Hahn H. "Efficacy of oral myofunctional therapy". *International Journal of Orofacial Myology* 18 (1992): 21-23.
- Klocke A., et al. "Influence of orthodontic appliances on myofunctional therapy". *Journal of Orofacial Orthopedics* 61.6 (2000): 414-420.
- Felício CM., et al. "Otologic symptoms of temporomandibular disorder and effect of orofacial myofunctional therapy" *Cranio*. 26.2 (2008): 118-125.
- Korbmacher HM., et al. "Evaluation of a new concept of myofunctional therapy in children". *International Journal of Orofacial Myology* 30 (2004): 39-52.
- Daglio S., et al. "Orthodontic changes in oral dyskinesia and malocclusion under the influence of myofunctional therapy". *International Journal of Orofacial Myology* 19 (1993): 15-24.
- Daglio SD., et al. "Treating orofacial dyskinesia with functional physiotherapy in the case of frontal open bite". *International Journal of Orofacial Myology* 19 (1993): 11-14.
- Smithpeter J and Covell D Jr. "Relapse of anterior open bites treated with orthodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy". *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 137.5 (2010): 605-614.
- Trawitzki LV., et al. "Masseter muscle thickness three years after surgical correction of class III dentofacial deformity". *Archives of Oral Biology* 56.8 (2011): 799-803.
- Dias PF and Gleiser R. "Orthodontic treatment need in a group of 9-12-year-old Brazilian schoolchildren". *Brazilian Oral Research* 23.2 (2009): 182-189.
- Rohit Kulshrestha., et al. "Orofacial Myofunctional Therapy in Orthodontics - A Review". *Oral Health and Dentistry* 1.1 (2016): 50-55.

¹. Phd, MD. Medic primar ortodonție si ortopedie dento faciala, Președinte si Co fondator AOMFT Association of Orofacial MyoFunctional Therapy

Email: smilebydrilia@gmail.com

Relația dintre dezvoltarea limbajului și psihomotricitate în contextul dizabilității intelectuale

The relation between language development and psychomotricity in the context of intellectual disability

Crina Ramona POP¹

Abstract

This research is divided in two parts: the theoretical part and the practical part. The theoretical part aimed some essential elements, as definitions, classifications, characteristics of intellectual disability, language disorders and psychomotricity disorders.

The practical part contains the research methodology, objectives, assumption, the description of the participants (subjects) and the methods and the materials used. Next the expound section of the design, the interventions plan and the conclusions resulted after the carry on activities.

Like is shown in the title, the research was headed to identify the implications that psychomotricity disorders exert upon the language disorders on children with intellectual disability. The language and the psychomotricity represent two essential elements of the life and it is important to know the manner of their interactions and implications upon the children with intellectual disability. More is significant to discover the most efficient method of intervention to contribute in this way at the elimination or at least at the reduction of the complications. Here I got the conclusion that the most efficient method of intervention is to group the language activities with the psychomotricity activities. Of course, all the activities are organized in an attractive manner based on games so that they captivate and motivate the children to take part operatively in the activities. After the intervention plans were applied it was established the improvement of the children in the language and psychomotricity abilities.

Keywords: intellectual disability, psychomotricity elements, relationship, language development, the multidisciplinary team

Introducere

Limbajul definit ca un “sistem arbitrar de simboluri” (R.Brown,1965) – un instrument esențial pentru comunicarea cu ceilalți oameni, copii. Copiii cu dizabilitate intelectuală întâmpină dificultăți în dezvoltarea normală și la timp a limbajului, astfel s-a constatat că limbajul acestor copii se dezvoltă în general cu întârziere, sub toate aspectele sale. Preachizițiile limbajului: motricitatea fină și grosieră, conștiința fonologică, respirația, schema corporală, lateralitatea, structurarea senzorio-perceptivă,

orientarea spațio-temporală, funcționarea cognitivă, dezvoltarea afectiv-emoțională, reprezintă baza modelului, ele fiind relaționate cu diferite componente deficitare din planul lingvistic oral și scris (Hațegan, 2015). Limbajul oral se dezvoltă pe baza preachizițiilor limbajului, a elementelor de psihomotricitate, iar limbajul oral stă la baza achizitiei limbajului scris-citit (Hațegan, 2016). Această relație de dependență este redată grafic de către Roulin prin schema „Piramida limbajului”.

C. Păunescu (1976) evidențiază faptul că “psihologia demonstrează că actul motor stă la baza organizării cunoașterii și a învățării, determinând, într-o proporție considerabilă, organizarea mintală a persoanei și fiind el însuși (actul motor) organizat prin învățare. În cadrul schemelor motorii trebuie incluse vorbirea și limbajul”.

Psihomotricitatea și factorii dezvoltării psihomotricității (Preda)

După DSM- 5, dizabilitatea intelectuală (tulburarea intelectuală de dezvoltare) se caracterizează prin:

deficite semnificative la nivelul funcționării cognitive,

deficite semnificative la nivelul comportamentului adaptativ, exprimat prin abilitățile conceptuale, sociale și pragmatice.

Dizabilitatea intelectuală debutează înainte de vârsta de 18 ani. Nivelul de severitate se stabilește raportat la abilitatea funcțională, nu pe baza IQ-ului sau a funcționării adaptative, și trebuie să fie evaluat pe trei domenii:

- deficite conceptuale: limbaj, citit, scris, matematică, raționament, cunoștințe și memorie, planificare, gândire abstractă, testate prin evaluare clinică și testare standardizată a inteligenței;
- deficite sociale: deprinderi de comunicare interpersonală, empatie, prietenie, judecată socială;
- deficite practice: îngrijire personală, managementul banilor, organizarea activităților școlare și de muncă, responsabilitățile locului de muncă.

Metodologia cercetării

Obiectivele cercetării

O1. - examinarea limbajului la copiii cu dizabilitate intelectuală;

O2. - examinarea psihomotricității la copiii cu dizabilitate intelectuală;

Obiectivele programului de intervenție:

O3. – dezvoltarea motricității organelor fonoarticulatorii;

O4. – dezvoltarea limbajului și a comunicării;

O5.- dezvoltarea psihomotricității.

Ipoteze

Ipoteza generală - Tulburările de psihomotricitate pe fondul unei dizabilități intelectuale favorizează manifestarea tulburărilor de limbaj.

Ipoteza specifică nr.1 - Gradul de tulburare articulatorie a limbajului crește direct proporțional cu nivelul de tulburare al psihomotricității (afectarea motrică a componentelor aparatului fono-articulator va influența apariția tulburărilor de articulație).

Ipoteza specifică nr.2 - Organizarea activităților de intervenție prin îmbinarea celor două domenii vizate va avea un efect mai rapid și mai stabil asupra performanței copiilor decât organizarea activităților în mod separat.

Instrumentar de lucru

Pentru cercetarea de față s-au folosit următoarele instrumentele de lucru: anamneza, album logopedic propriu, Testul Ozeretski – Guillmain, Interviu cu părinții, elevul și cadrele didactice, PEAFC, seturi de cuvinte și propoziții, proba pentru schema corporală, proba de latelaritate Harris, Proba de orientare în spațiu Piaget –Head, testul Goodenough, proba decupare, proba de orientare

organizare temporală, proba desen, proba pentru sinkinezii digitale Rey, Matrici Progresive Raven Color, seturi de imagini, Proba de logatomi Borel – Maissonny, conversația, observația.

Anamneza

Aceasta este importantă deoarece ne permite să cunoaștem copilul și din perspectiva altor persoane care se află în relații diferite cu acesta. În acest scop s-au purtat discuții cu unii părinți, cadrele didactice care se ocupă de copil, personalul auxiliar, colegii de clasă, au fost consultate dosarele copiilor.

Testul Goodenough, permite pe lângă investigarea personalității, și evaluarea primară a nivelului de inteligență, evidențiind forme de dizabilitate intelectuală pe intervalul de vârstă cuprins între 3 și 13 ani. De asemenea, acesta permite evidențierea elementelor ce aparțin de: schemă corporală, de organizarea în pagină, de motricitate fină și de reprezentări mintale.

Albumul logopedic a fost constituit pentru a fi de folos în identificarea nivelului vorbirii spontane. Acesta cuprinde o serie de imagini care corespund unor obiecte uzuale. Pentru fiecare fonem există imagini reprezentative ale diverselor obiecte care conțin fonemul în poziție inițială, mediană și finală în cuvinte monosilabice, bisilabice și plurisilabice.

Proba de logatomi Borel – Maissonny vizează nivelul vorbirii reflectate al participantului, atunci când în situația de comunicare, acestuia îi sunt expuse diverse structuri/ cuvinte necunoscute care nu au un anumit corespondent.

Setul de imagini are ca scop identificarea nivelului vorbirii spontane, volumul

vocabularului activ, modul de exprimare și de organizare a cuvintelor în propoziții. S-au folosit câteva imagini care surprind părți din natură, parcuri pentru copii.

Setul de cuvinte și propoziții este structurat în funcție pe foneme și grupuri de litere. Acesta este alcătuit din cuvinte simple, uzuale și din propoziții formate din câteva cuvinte care la rândul lor conțin fonemul respectiv.

Testul Ozeretski- Guillmain vizează comportamentele esențiale ale vieții motrice sub cele patru aspecte ale ei: viteză, forță, îndemânare și rezistență pe coordonatele: coordonare dinamică generală, coordonare dinamică a mâinilor, echilibru și rapiditate. Datele obținute vor contribui la precizarea unor indicatori precum: gradul de întârziere psihomotrică, aspectele lacunare ale motricității, gradul deficienței și încadrarea acesteia. Itemii testului sunt grupați pe categorii de vârstă.

Proba pentru schema corporală a fost structurată pentru două nivele de vârstă. Aceasta vizează identificarea de către copil a părților componente ale corpului și orientarea lor în spațiu.

Proba de lateralitate Harris are ca obiectiv și scop dominanța laterală pe coordonatele: ochi, mână și picior. Datele obținute contribuie la stabilirea tipului de lateralitate și pe baza acestora se pot elabora intervenții personalizate.

Proba de orientare în spațiu Piaget- Head vizează capacitatea de orientare în spațiu (dreapta- stânga) a copilului în funcție de anumite caracteristici care sunt puse în discuție, de anumite părți componente ale corpului. Această probă se găsește într-o anumită legătură cu schema corporală,

deoarece sunt folosite elementele schemei corporale pentru a se orienta în spațiu.

Proba de orientare – organizare temporală cuprinde șase părți care au ca și scop identificarea modului în care participantul se orientează din punct de vedere temporal în funcție de ordinea prestabilită a anumitor evenimente.

Proba pentru sinkinezii digitale Rey urmărește să identifice prezența sau absența sinkineziilor digitale. Copilul trebuie să ridice simultan degetele care îi sunt indicate. Dacă acesta ridică omologul mâinii opuse atunci se va constata prezența sinkineziilor digitale.

Prezentarea lotului de participanți

Lotul de participanți este format din 4 elevi cu vârsta cuprinsă între 8-17 ani, dintre care 1 este băiat și 3 fete. Acești copii sunt înscriși la Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă “Speranța” Zalău. Este un grup heterogen de studiu, participanții diferă atât în ceea ce privește abilitățile intelectuale, abilitățile de comunicare cât și abilitățile psihomotrice. Fiecare copil a fost evaluat în mod eșalonat, pe parcursul mai multor săptămâni având în vedere numărul probelor care au fost folosite. Toti participanții prezintă tulburări de articulație însoțite de tulburări ale psihomotricității pe fondul unei dizabilități intelectuale.

Aceste tulburări se află într-o relație direct proporțională referitor la gradul de manifestare al acestora (dislalia simplă-tulburare ușoară la nivel psihomotric, dislalie polimorfă- tulburări moderate la nivel psihomotric). Majoritatea participanților prezintă și tulburări de comportament, sindrom hiperkinetic, deficit de atenție, Sindrom Down, etc.

Rezultate

În urma aplicării Planului de intervenție s-a constatat un progres în ceea ce privește achiziția limbajului, îmbogățirea vocabularului activ. S-au observat îmbunătățiri în sfera psihomotricității (motricitate generală și fină, lateralitate, orientare spațio-temporală). Utilizarea modalităților și a tehnicilor specifice într-un cadru bine organizat și respectând particularitățile elevilor cu dizabilitate intelectuală, poate duce la achiziția/dezvoltarea limbajului atât impresiv cât și expresiv, dezvoltarea și antrenarea elementelor psihomotricității, atâta timp cât programul se desfășoară într-un ritm continuu și într-un timp mai îndelungat. Foarte important ca aceste activități să fie susținute de toate cadrele didactice care lucrează cu copiii, de părinți și de persoanele apropiate din anturajul acestora.

Fiecare copil este unic, dar condițiile și factorii care influențează dezvoltarea se găsesc într-un număr destul de mare, iar aceștia nu doar că sunt multi, ci și diferiți astfel încât prezența unuia poate influența apariția altuia, și astfel se poate forma un cerc de factori care nu doar că există, ci și se sprijină reciproc. Din acest motiv, consider a fi foarte important modul de raportare al personalului didactic, al colegilor, al familiei și al societății. Îmbunătățiri la nivelul limbajului și a comunicării, la nivel intelectual, la nivelul motricității globale și fine, a motricității aparatului fonoarticulator și la nivelul autonomiei personale. Testele folosite în evaluare, monitorizează evoluția elevilor și de-a lungul aplicării Planului de intervenție. Obiectivele și conținuturile propuse în Planul de intervenție, au fost

proiectate într-o viziune concentrică, evolutivă, astfel încât vechile cunoștințe să stea la baza celor noi, devenind „idei-ancoră” în procesul complex al învățării, în procesul instructiv – educativ – corectiv – compensator. Obiectivele propuse răspund imperativelor stimulării și dezvoltării comunicării și limbajului la elevii cu dizabilități intelectuale. În concluzie, s-au identificat diferențe semnificative între etapa de preintervenție, postintervenție și follow-up la nivelul abilităților și capacităților care caracterizează dezvoltarea cognitivă, dezvoltarea limbajului și dezvoltarea psihomotricității.

Progresul determinat de implementarea Planului de intervenție este evident mai ales între etapa de preintervenție și postintervenție, între etapa de postintervenție și etapa de follow-up înregistrându-se o stagnare. Stagnarea s-a datorat și ieșirii elevilor din mediul școlar, fiind perioada pandemiei și a activităților online. Realizarea activităților propuse s-a desfășurat mai greu datorită faptului că în unele perioade ale anului școlar, activitățile s-au desfășurat în mediul online.

Bibliografie

- Albu, C., Albu, A., (1999). Psihomotricitatea, Editura Spiru-Haret: Iași.
- Albu, C., Albu, A., Vlad, T.L., Iacob, I., (2006). Psihomotricitatea, Editura Insitutul European: Iași.
- Anca, M.D., (2002). Logopedie, Presa Universitară Clujeană: Cluj-Napoca..
- Avramescu, M.D., (2006). Defectologie și logopedie, Editura Fundației României de mâine: București.
- Bodea Hațegan, C. (2016). Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise, București: Editura Trei.
- Bodea Hațegan, C., Talaș, D. (2015). Aplicația „Pași prin lumea sunetelor!”
- Bodea Hațegan, C. (2014). Proba de evaluare a abilităților morfologice în limba română”, Cluj-Napoca: Editura Argonaut
- Gherguț, A. (2011). Evaluare și intervenție psihoeducațională. Terapii educaționale, recuperatorii și compensatorii. Editura: Polirom, Iași.
- Gherle, Ș., (2008). Și eu vreau să vorbesc corect!- Minighid logopedic, Editura Imprimeria Ardealului: Cluj – Napoca.
- Gherguț, A. (2011). Evaluare și intervenție psihoeducațională. Terapii educaționale, recuperatorii și compensatorii. Editura: Polirom, Iași.
- Gherle, Ș., (2008). Și eu vreau să vorbesc corect!- Minighid logopedic, Editura Imprimeria Ardealului: Cluj – Napoca.
- Moldovan, I., (2006). Corectarea tulburărilor de limbaj, Editura Presa Universitară Clujeană: Cluj – Napoca.
- Piaget, J., Inhelder, B., (2005). Psihologia copilului, Editura Cartier: Chișinău.
- Popovici, D., (2000). Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale, Editura Pro Humanitate: București.
- Preda, V., (2007). Elemente de psihopedagogie specială, Editura Eikon: Cluj- Napoca.
- Preda, V., (coord). (1997). Probe de psihodiagnostic pentru evaluarea copiilor deficienți,

Verza, E., (2003). Tratat de logopedie, Editura Fundației Humanitas: București.

Vrăsmaș, E., Stănică, C., (1997). Terapia tulburărilor de limbaj – intervenții logopedice, Editura Didactică și Pedagogică: Bucureș

¹Profesor psihopedagog. Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă “Speranța” Zalău

E-mail: crinaramonapop@gmail.com