

Particularități ale dezvoltării limbajului și comunicării și intervenției logopedice la copilul cu tulburare reactivă de atașament

Specific features in speech and language development as well as in speech therapy approach for children with reactive

Anca LĂPUȘNEANU¹, Carmen COSTEA-BĂRLUȚIU²

Abstract

Reactive attachment disorder shows variations in the development of children's early language and communication skills, difficulty forming attachments, inability to form relationships with others. Forming the ability to develop and use language is a challenge in the therapeutic process of the child with reactive attachment disorder. Forming a secure attachment to the caregiver and creating a therapeutic bond is essential in the intervention. The aim of the present longitudinal case study is to outline the developmental language profile of children with reactive attachment disorder. One single case was assessed at age 3 and a differential diagnosis with ASD was made. Several interim assessments were conducted to assess language and social interaction through play. The final evaluation tracks the areas of development in which progress was made and the language components acquired by attaining the objectives proposed in the intervention plan.

Keywords: reactive attachment disorder, case study, intervention plan, early language development

Introducere. Atașamentul în copilăria timpurie și dezvoltarea limbajului

Atașamentul se referă la conexiunea timpurie care se stabilește între copil și părinte, continuând să persiste pe toată durata vieții unui individ (Bowlby, 1969). Ființele umane, ca și alte ființe din regnul animal, au în comun un sistem cu substrat biologic, care se activează imediat ce apare un pericol extern sau intern, și care crește șansele de supraviețuire la vârste mici (Simpson și Belsky, 2016). În cazul copiilor, dacă resursele proprii nu sunt suficiente pentru a îndepărta pericolul, se declanșează comportamentul de atașament, un

sistem comportamental organizat care constă în faptul că un copil mic se îndreaptă către o persoană familiară (mama sau tata) față de care și-a construit o formă de atașament specific. Emoțiile, așteptările și strategiile sale comportamentale sunt direcționate către această relație de atașament, care se dezvoltă din experiențele sale cu părinții. Atașamentul ajută la reglarea emoțiilor negative și permite explorarea mediului în siguranță, fiind un reper esențial în dezvoltarea copilului care continuă să influențeze relațiile și percepția de sine pe tot parcursul vieții (van IJzendoorn, 2019).

Sensibilitatea îngrijitorului influențează formarea atașamentului la sugari și dezvoltarea lor ulterioară. Atunci când bebelușii trăiesc momente de disconfort (de exemplu, foame, frică sau durere), ei manifestă comportamente de atașament – precum plânsul – pentru a solicita apropierea și sprijinul îngrijitorului. Îngrijitorii sensibili reușesc să recunoască semnalele copilului și să răspundă rapid și adecvat, în timp ce îngrijitorii mai puțin sensibili pot să nu observe aceste semne sau să nu reacționeze corespunzător. De-a lungul timpului, aceste interacțiuni duc la formarea unor așteptări privind disponibilitatea și receptivitatea îngrijitorului (Ainsworth et al., 1978). Copiii care beneficiază de îngrijire constantă și sensibilă tind să dezvolte un atașament securizant, bazat pe încrederea că îngrijitorul reprezintă un „refugiu sigur” și o „bază de siguranță” din care pot explora mediul (Bowlby, 1982). Sensibilitatea și calitatea atașamentului rezidă în abilitatea de a interpreta semnalele copilului și de a le satisface prompt și adecvat. Un copil poate dezvolta un atașament sigur față de un comportament care îi satisface nevoile și oferă îngrijire. Pe de altă parte, dacă aceste nevoi nu sunt satisfăcute în interacțiunea lui sau dacă sunt satisfăcute parțial sau inconsecvent, ca de exemplu într-o manieră imprevizibilă care fluctuează între interferențe sub formă de reacție excesivă, alertă sau stimulare excesivă și ignorare poate

rezulta un atașament nesigur (Brisch, 2012).

Sincronizarea și reciprocitatea din timpul interacțiunii mamă-copil sunt foarte importante. În cazul în care interacțiunile în mod cronic nu sunt sincronizate sau reciproce, de exemplu: mama nu răspunde când copilul solicită interacțiune, acest lucru poate duce la nesiguranță. Dacă interacțiunea este caracterizată de momente de sincronie și reciprocitate, chiar dacă mai există pauze în care mama corectează copilul, diada tinde să formeze un atașament sigur. Un grad moderat de coordonare ritmică în interacțiunile dintre mamă și copil au un efect benefic asupra dezvoltării (Brisch, 2012).

Limbajul joacă un rol esențial în interacțiunea umană și nu poate fi dobândit fără contextul social. Interacțiunea timpurie mamă-copil are un rol esențial în dezvoltarea atașamentului utilizând limbajul. În prima parte a vieții, interacțiunile dintre mamă și copil în primele 6 luni, dar și imitația sunt necesare în învățarea limbajului. La vârsta de un an, mamele înțeleg semnalele nonverbale ale copiilor prin empatie și le transpun sub formă de cuvinte și stări afective, astfel încât aceștia să se simtă recunoscuți. În majoritatea situațiilor, părinții folosesc un limbaj, din punct de vedere lingvistic, simplu, iar din punct de vedere acustic exagerat (Brisch, 2012; Raaska, et. al., 2013).

Atașamentul securizant contribuie la dezvoltarea socială și emoțională pozitivă, contribuind la o mai bună reglare emoțională, competență socială, comportamente prosociale și mai puține probleme de comportament (Deneault et al., 2023).

Studiile empirice care privesc influența atașamentului asupra dezvoltării cognitive arată că, în general, există o legătură semnificativă între securitatea atașamentului și dezvoltarea socio-emoțională pozitivă (de exemplu, competență socială, comportamente adaptative), însă relația dintre atașament și dezvoltarea cognitivă și lingvistică este în mai mica măsură cercetată. Roseman (2008) susține că interacțiunile verbale timpurii dintre adulți și sugari reprezintă mai mult decât simple modele de limbaj, ele oferă bazele identității, ale înțelegerii lumii și ale formării relațiilor sociale.

Atașamentul securizant sprijină structurile fundamentale ale comunicării sociale: socio-cognitive, socio-emoționale și socio-lingvistice (Jethava et al., 2022). Interacțiunile sensibile și consistente cu îngrijitorul sprijină dezvoltarea funcțiilor executive: memoria de lucru, inhibiția, flexibilitatea cognitivă, planificarea și autoreglarea. Autoreglarea și limbajul intern sunt interdependente: limbajul ajută copilul să-și organizeze gândurile și comportamentele, iar autoreglarea facilitează învățarea limbajului. Atașamentul securizant favorizează

dezvoltarea Teoriei minții (ToM) și a capacității de a înțelege perspectivele altora (Jethava et al., 2022). Cassidy (1990) a arătat că sugarii de 24 de luni cu un atașament sigur utilizau mai mult limbajul decât cei cu un atașament nesigur.

În metaanaliza realizată de Deneault et al. (2023) s-a relevat faptul că, deși atașamentul nu determină în mod absolut performanțele cognitive și lingvistice, diferențele mici pot avea efecte durabile, influențând pregătirea școlară, succesul profesional și adaptarea socială. De asemenea, efectele atașamentului asupra cogniției și limbajului sunt similare cu cele asupra comportamentelor sociale pozitive, sensibilitatea maternă are efecte chiar mai puternice asupra limbajului decât asupra rezultatelor socio-emoționale, iar rezultatele s-au dovedit a fi similare în diverse contexte socio-economice, indicând că beneficiile unui atașament securizant se manifestă indiferent de statutul social. Limbajul se dezvoltă inițial prin semnale non-verbale și interacțiuni sensibile cu îngrijitorul. Copiii cu îngrijitori responsivi ating mai rapid reperele lingvistice, au vocabular mai bogat și dezvoltă abilități pragmatice solide. Interacțiunile de tip „serve and return” între copil și îngrijitor consolidează abilitățile de comunicare socială pe termen lung (Jethava et al., 2022). Evaluarea tulburărilor de comunicare socială ar trebui să includă istoricul de

atașament, factorii biopsihosociali și mediul copilului.

Încă de la studiile realizate de Bowlby și Ainsworth, s-a explorat posibilitatea ca rupturile în relația de atașament (de exemplu, separarea de îngrijitor) să afecteze nu doar reglarea emoțională, ci și atenția, concentrarea, adaptarea școlară și dezvoltarea limbajului. Bowlby a sugerat că separările pot duce la distorsiuni cognitive, deși mecanismele exacte nu sunt pe deplin cunoscute (Deneault et al., 2023).

Tulburarea reactivă de atașament (TRA)

Tulburarea reactivă de atașament (TRA) se definește ca „o afecțiune relaționată cu trauma a copilăriei timpurii, fiind cauzată de neglijare socială sau maltratare. O tulburare de atașament este definită ca relație socială marcat perturbată și inadecvată din punct de vedere al dezvoltării în majoritatea contextelor sociale” (Rutter, Kreppner & Sonuga-Barke, 2009, p. 535), care se manifestă înainte de vârsta de 5 ani și se produce dintr-o situație extrem de defavorabilă și condiții de îngrijire precare.

Tulburarea de atașament reactiv (TRA) are efecte semnificative asupra dezvoltării copiilor. Experiențele timpurii, în special îngrijirea deficitară (neglijența persistentă sau schimbările frecvente de îngrijitori), sunt asociate cu apariția TRA, care se manifestă prin dificultăți sociale, emoționale și cognitive. TRA are

două forme principale: inhibată (copil retras emoțional) și dezinhibată (copil excesiv de prietenos), iar simptomele includ contact vizual redus, retragere socială, hiperactivitate, comportamente maladaptive și dificultăți în relațiile interpersonale (Ohtaras, 2015, Irfan et al., 2022).

Copiii care sunt afectați prezintă dificultăți în a forma atașamente emoționale față de persoanele care-i înconjoară, prezintă o capacitate scăzută de a experimente emoții pozitive, nu pot accepta apropierea fizică sau emoțională și pot avea o reacție violentă atunci când sunt îmbrățișați sau mângâiați (APA, 2013). De asemenea, trebuie să existe dovezi ale îngrijirii inadecvate, precum neglijarea nevoilor fizice sau emoționale fundamentale ale copilului. Neglijarea emoțională, chiar și fără abuz fizic, are efecte grave asupra dezvoltării creierului, mai ales prin expunerea excesivă la cortizol, hormonul stresului. Disfuncțiile axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale (HPA) pot avea efecte neurotoxice pe termen lung. Aceasta afectează memoria, atenția și funcțiile executive, esențiale pentru succesul în viață (Roseberry-McKibbin, 2018). Alte modificări neurobiologice observate includ scăderea volumului materiei cenușii, modificări în traseele de substanță albă (în special în corpul calos și circuitele corticolimbice) și deficiențe ale neurotransmițătorilor (Irfan et al., 2022). Acestea afectează formarea atașamentelor sănătoase și

cresc riscul de comorbidități precum depresia, anxietatea, ADHD sau tulburarea de stress posttraumatică.

Dezorganizarea atașamentului reprezintă eșecul de a dezvolta strategii coerente pentru gestionarea stresului legat de îngrijitori și pentru reglarea emoțională în general. Aceasta se asociază cu o serie de probleme în perioada preșcolară, dar și școlară, care includ comportament agresiv, relații precare, probleme de internalizare și imaturitate cognitivă (Newman, Sivaratnam & Komiti, 2015). În ceea ce privește comportamentul, copiii sunt imprevizibili, greu de disciplinat și de consolati. Stările lor emoționale sunt imprevizibile, pot apărea reacții de tipul „evitare, luptă sau înghețare”. Frecvent, aceștia au o dorință puternică de a lua propriile decizii și de a controla mediul. De asemenea, acești copii pot manifesta: evitare, anxietate la separare, respingerea eforturilor de confort, comportamente pasive sau agresive, dificultăți de concentrare și socializare (NSPCC, 2021). Schimbările spontane care apar în rutina copilului, încercările de a-l disciplina pot provoca furie, violență sau comportamente autovătămătoare (Ellis, Yilanli & Saadabadi, 2023).

Diagnosticul diferențial în TRA

TRA este adesea diagnosticată greșit ca ADHD sau autism, dar factorul diferențiator este îngrijirea problematică, traumatică. Din păcate, tulburarea este

subdiagnosticată, cu prevalență estimată între 1–2% în populația generală, însă poate fi mai mare în grupurile instituționalizate sau vulnerabile (Irfan et al., 2022). Tulburarea afectează performanțele școlare, prin dificultăți emoționale, relaționare problematică cu profesorii, risc de victimizare, motivație scăzută și întârzieri cognitive, inclusiv IQ redus și tulburări de limbaj (Ohtaras, 2015).

Copiii cu tulburare reactivă de atașament, forma inhibată, pot fi similari copiilor cu TSA în ceea ce privește nivelul de detașare emoțională și deficitele la nivelul interacțiunii sociale. S-au observat elemente din spectru autist care includ lipsa de conștientizare socială și lipsa respectării limitelor persoanelor. Copiii cu tulburare reactivă de atașament manifestă inhibiție socială, dar în cele din urmă sunt congruenți în utilizarea comunicării nonverbale și verbale cu figura lor parentală. Profund diferit de cazul TSA, comportamentul stereotip repetitiv este absent în tulburarea reactivă de atașament. Întârzierea limbajului este prezentă adeseori în TRA, dar se îmbunătățește progresiv depinzând de mediu, spre deosebire de TSA, și copiii nu prezintă ecolalie (Shreeve, 2012). Sadiq et. al (2012) a observat că în comparație cu copiii cu autism, copiii cu TSA au avut rezultate mai slabe când utilizează în context social limbajul.

Limbajul pragmatic al copiilor cu TRA poate fi mai semnificativ afectat decât cel al copiilor cu TSA (Sadiq et al., 2012), aceștia având dificultăți semnificative în folosirea contextului, raportare la mediu și relații sociale, uneori chiar mai severe decât grupul copiilor cu TSA.

Intervenția în TRA

Gestionarea și tratamentul TRA include: terapii bazate pe atașament, terapii comportamentale, intervenții psihofarmacologice pentru comorbidități, programe educaționale și de sprijin pentru profesori, pentru a ajuta copilul să dezvolte relații emoțional sănătoase (Irfan et al., 2022). Corbin (2007) consideră că intervenția principală este crearea unui mediu stabil, sigur și afectuos. Terapia prin joc și psihoterapia pot ajuta la reorganizarea memoriei implicite și la dezvoltarea relațiilor sănătoase.

În aceste situații, terapia eficientă poate fi o provocare, deoarece acești copii se comportă în manieră dificilă, multe dintre competențele necesare pentru o terapie productivă nu fac parte din experiențele lor. Copiii cu TRA au adeseori dificultăți de identificare a propriilor emoții. Metodele terapeutice tradiționale care necesită o relație de încredere sunt adesea ineficiente (Cline, 1998; Mallinckrodt, 2000).

Într-un mod similar, logopezii care lucrează cu copiii utilizează jocul ca metodă eficientă în cadrul terapeutic, deoarece evaluează, diagnostichează și tratează multe

forme deficitare de comunicare. O mare parte a terapeuților de limbaj aplică jocul dirijat care urmărește obiective și scopuri, fiind un joc strategic cu copilul. Astfel, se formulează sunetele vorbirii, se îmbunătățesc abilitățile lingvistice sau se facilitează interacțiunea socială adecvată în timpul desfășurării terapiei cu scopul generalizării abilităților. Un logoped are abilitatea de a analiza etapele de dezvoltare și le poate compara cu vârsta copilului, ca parte din evaluare. Abilitățile de joc adecvate vârstei ajută la dezvoltarea abilităților lingvistice, cu implicația că întârzierile în zona de joc pot afecta abilitățile lingvistice ale copilului (Atkins, 2021).

Cercetările din literatura de specialitate evidențiază rezultate pozitive atunci când colaborarea dintre terapia prin joc și terapia limbajului sunt utilizate. Danger (2003) a observat că preșcolarii care au participat la terapia prin joc, cât și la terapia limbajului au înregistrat nivele mai scăzute de anxietate, iar abilitățile de limbaj, receptiv și expresiv s-au îmbunătățit. Colaborarea interdisciplinară poate aduce beneficii ale stării de bine a copilului și se pot crea obiective comune (apud Atkins, 2021).

Metodologia cercetării

Obiectivul general al studiului de față este testarea eficienței unui program de intervenție bazat pe joc terapeutic în vederea stimulării

dezvoltării limbajului copilului cu TRA.

Obiectivele propuse pentru studiul de caz longitudinal sunt:

Evaluarea nivelului severității întârzierii în dezvoltare la copilul cu tulburare reactivă de atașament.

Evaluarea dezvoltării limbajului copilului cu TRA.

Design-ul și implementarea unui program de intervenție bazat pe joc pentru stimularea dezvoltării limbajului.

Evaluarea dezvoltării copilului după implementarea intervenției și monitorizarea progreselor pe parcursul acesteia.

Participant – date anamnestice

Studiul de față s-a realizat cu un participant diagnosticat cu tulburare reactivă de atașament (TRA), pentru care intervenția terapeutică s-a desfășurat pe durata unui an și patru luni. Inițial, copilul a fost diagnosticat de medicul psihiatru pediatru cu tulburare de atașament și întârziere în dezvoltarea limbajului, la vârsta de 2 ani și jumătate. Sarcina nu a prezentat probleme, iar scorul APGAR la naștere a fost 9.

Conform relatărilor părinților, participantul pronunța doar cuvintele „mama” și „tata” la vârsta de 1 an, după care a încetat să le folosească. Copilul are două surori gemene, mai mici cu un an, relația dintre ei fiind descrisă de mamă ca fiind armonioasă. În primul an de viață al copilului, mama a rămas

însărcinată cu gemenele, ceea ce a împiedicat-o să se ocupe în mod constant de participant din cauza sarcinii cu risc. Tatăl a menționat că participantul a petrecut mult timp singur, deoarece acesta lucra, iar uneori de copil se ocupau bunica sau vecinii. Aceștia au relatat părinților că participantul plângea frecvent în absența lor. Situația socio-economică a familiei este medie: mama nu lucrează pentru a se ocupa de copii, iar tatăl nu are un loc de muncă stabil, plecând frecvent în străinătate. În această situație, mama a decis înscrierea copilului într-un program de terapie gratuită, la recomandarea medicului.

La inițierea intervenției logopedice, participantul avea vârsta de 3 ani și 2 luni. La prima întâlnire, copilul a participat împreună cu mama, manifestând un comportament anxios, privirea fiind fixată asupra terapeutului și a persoanelor din jur. La intrarea în cabinet, copilul nu manifesta interes pentru alte jucării și dorea să stea doar în brațele mamei, solicitând ca terapeutul să păstreze o distanță considerabilă. Nu dorea să atingă jucăria din mână terapeutului, nici chiar dacă aceasta era plasată pe masă. În urma discuțiilor cu ambii părinți, aceștia au menționat că relațiile dintre membrii familiei sunt bune, armonioase și că se ocupă de nevoile copiilor.

În prezent, copilul participă la grădinița de masă din localitatea natală, fără prezența mamei. Chiar și

la finalizarea primului an de grădiniță, participantul prezintă dificultăți de adaptare datorate separării de mamă. Comportamentul „înghețat” persistă la întâlnirea cu persoane necunoscute. Evoluția copilului este progresivă în diverse domenii de dezvoltare, însă pragurile de dezvoltare ideală nu au fost încă atinse.

Instrumente și procedura de lucru

Primele patru ședințe au avut ca scop cunoașterea copilului și dezvoltarea relației terapeutice. Timpul estimat pentru formarea acestei relații a fost de 4 luni, deoarece copilul nu a dorit să participe la ședințe fără mama. În cadrul evaluării inițiale, mama a asistat la evaluarea anumitor itemi.

Pentru obținerea unor rezultate concrete, evaluarea a fost realizată prin observarea copilului în mai multe momente și ședințe, având în vedere interferențele comportamentale profunde.

Instrumente de evaluare și rezultate obținute

Evaluarea inițială

Mai jos se prezintă instrumentele utilizate și nivelul de dezvoltare constatat pentru fiecare arie:

Evaluarea somatică și funcțională, realizată prin observație și analiza interacțiunii dintre mamă și copil, indică faptul că motricitatea fină și grosieră nu prezintă dificultăți majore. A fost utilizată pentru înregistrarea nivelului copilului Scala Portage.

În dezvoltarea globală, se evidențiază deficite la nivelul achizițiilor în domeniul cognitiv (cunoașterea culorilor, formei, mărimii, conceptelor spațio-temporale). Imitațiile fizice și verbale apar doar în prezența mamei. Auzul fonematic este afectat și greu de evaluat din cauza rezistenței copilului. În ceea ce privește vocabularul, copilul nu denumeste nicio imagine dintre cele arătate de terapeut. Aria cognitivă corespunde vârstei de 2 ani și 6 luni.

Mai jos, se prezintă nivelul de dezvoltare pentru fiecare arie de dezvoltare.

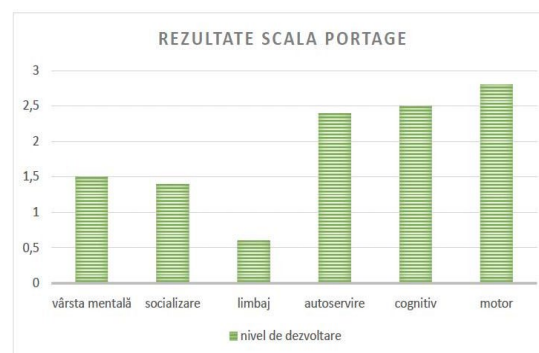


Figura 1 – Reprezentarea grafică a rezultatelor evaluării cu Scala Portage

Scala Communication Matrix (Rowland, 2004, adaptare română Hațegan și Talaș): reprezintă un instrument de evaluare a patru funcții de bază ale limbajului și comunicării precum și șapte niveluri de competențe. Nivelurile de competență se disting prin comportamentele implicate în actul de comunicare, de la comportamente pre-intenționate, la comportamente verbale care presupun utilizarea unor enunțuri ce conțin două sau trei simboluri. Cele șapte niveluri ale competenței de comunicare sunt:

NIVELUL I: COMPORTAMENTE PRE-INTENȚIONATE,

comportamente care nu au un scop, sunt mai degrabă reflexe sau reactive, dar par să fie asociate cu stări de bine specifice.

NIVELUL II: COMPORTAMENTE

INTENȚIONATE, asimilate actului de comunicare

Aceste comportamente sunt intenționate, dar nu sunt un mod intenționat de comunicare. Copiii nu-și dau seama că ei pot folosi aceste comportamente pentru a controla comportamentul altei persoane. Cu toate acestea, unele dintre aceste comportamente reprezintă o funcție a comunicării, deoarece părinții le interpretează ca modalități de comunicare a copilului. Nivelul III: COMUNICAREA

NECONVENȚIONALĂ presupune utilizarea comportamentelor pre-simbolice. Aceasta este o etapă critică. Acum, copiii comunică în mod intenționat, dar utilizează metode neconvenționale de comunicare, cum ar fi mișcarea corpului, acțiunile cu oameni și obiecte, vocalize. Nivelul IV: COMUNICAREA

CONVENȚIONALĂ, utilizând comportamente pre-simbolice, nivel la care copiii comunică în mod intenționat cu ajutorul gesturilor și vocalizelor convenționale (acceptate social). Gesturile convenționale vor continua să fie utilizate pe parcursul copilăriei și la maturitate pentru a dezvolta (crește) în mod eficient comportamentul simbolic. Nivelul V. SIMBOLURI CONCRETE, care

reprezintă referenți specifici. Copiii sunt capabili să reprezinte o entitate din mediu (un referent), prin utilizarea unor simboluri concrete, cum ar fi gesturi "naturale" sau "reprezentative", prin utilizarea pantomimei pentru a indica obiecte sau acțiuni sau prin folosirea simbolurilor concrete. Nivelul VI: SIMBOLURI ABSTRACTE care reprezintă referenți specifici. La acest nivel copiii sunt capabili să își reprezinte entitățile din mediul înconjurător prin utilizarea simbolurilor abstracte precum vorbirea, limbajul semnelor, sistemul Braille sau cuvinte scrise, simboluri grafice abstracte sau simboluri abstracte tridimensionale. Nivelul VII LIMBAJUL, folosirea simbolurilor în combinații, în conformitate cu regulile gramaticale sau sintactice.

În urma evaluării, se constată că E. se află la nivelul II de comunicare completă; nivelul III este în curs de dezvoltare, manifestând refuz, solicitare obiect nou și atenție. Nu se înregistrează comportamente specifice nivelului IV. Se recomandă crearea unui mediu prielnic comunicării și încurajarea comportamentelor comunicaționale pentru conștientizarea limbajului.

Scala screening a tulburării reactive de atașament (TRA, Thrall, Hall și Schaeffer, 2009), dezvoltată pe baza criteriilor DSM-IV, este completată de îngrijitorul principal și cuprinde 17 întrebări pe o scară de la 1 („aproape niciodată”) la 5 („aproape

întotdeauna”) (Thrall, Hall & Shaeffer, 2009).

E. înregistrează 56 puncte, depășind pragul de 50, ceea ce confirmă prezența TRA. Exemple de comportamente: Plâns intens la separarea de mamă, verificarea prezenței acesteia, reacții „înghețate” la persoane necunoscute, respingerea surprizelor, lipsa interacțiunii cu alți copii.

Chestionarul de comunicare socială (SCQ, Rutter, Bailey și Lord, 2003): este un instrument standardizat de screening destinat evaluării abilităților de comunicare și funcționării sociale asociate tulburărilor din spectrul autismului (TSA), aplicabil pentru copii începând cu vârsta de 4 ani. Acesta analizează domenii precum interacțiunea socială reciprocă, dezvoltarea limbajului și comportamentele repetitive. SCQ se completează pe baza raportărilor îngrijitorilor, aplicabile ultimelor trei luni înainte de evaluare. Scorurile totale pot varia de la 0 la 40 (Snow, 2013, Marvin, Marvin, Lipkin & Law, 2017).

Punctajul obținut de E. a fost 8/25, ceea ce indică faptul că este fără indicii de tulburare din spectrul autismului (Marvin, Marvin, Lipkin & Law, 2017).

Scala de Dezvoltare a Jocului (Westby, 1980): reprezintă un instrument comprehensiv de evaluare a jocului și limbajului copiilor cu vârsta între 9 luni și 5 ani. Abilitățile simbolice sunt esențiale

pentru învățarea și utilizarea limbajului, fiind deosebit de importante pentru copiii care folosesc instrumente de comunicare augmentativă și alternativă (AAC). Westby a creat și o grijă de evaluare pentru a urmări nivelul abilităților de joc simbolic ale copilului, sprijinind stabilirea obiectivelor lingvistice și a intervențiilor bazate pe joc.

În cazul lui E., nivelul presimbolic I și II este complet; nivel simbolic parțial dezvoltat. Copilul combină cuvinte în relații semantice simple (subiect-acțiune) și implică păpușile în joc. Nivelul dezvoltării limbajului în relație cu jocul este de 19 luni.

Rezultate obținute în cadrul terapiei limbajului

Obiectivele pe termen lung în cadrul terapiei logopedice au vizat:

Experimentarea unor forme de atașament securizant și construirea unei relații optime cu terapeutul.

Încurajarea interacțiunilor sociale și utilizarea limbajului oral în relația cu ceilalți.

Strategiile aplicate au inclus comunicarea nonverbală, în vederea susținerii dezvoltării confortului la atingere, stimularea limbajului în timpul activităților, motricitate grosieră și fină, auz fonematic și limbaj expresiv.

Scopul general a fost de a forma un sentiment de mai mare siguranță în mediul în care se află, de creștere a încrederii în relația terapeutică.

Recomandările oferite pentru părinți au fost adoptarea unui comportament mai sensibil față de copil, implicarea în jocuri de stimulare a limbajului prin joc, cooperarea în activități casnice pentru a fundamenta o relație sănătoasă. Un obiectiv important este de conștientizare al părinților cu privire la fricile copilului și de comunicare cu copilul a ceea ce urmează să se întâmple, pentru a institui mai mare predictibilitate în viața de zi cu zi.

Pentru monitorizarea progreselor s-a realizat un grafic pentru a indica rezultatele obținute de E. în cadrul perioadei de intervenție, 1 an și 3 luni.

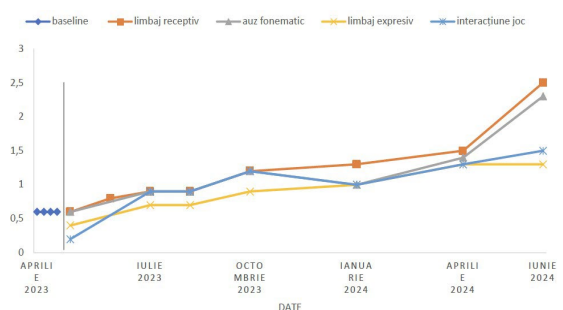


Figura 2. Reprezentarea grafică a progresului obținut de E. în cadrul terapiei logopedice pe baza monitorizării

Rezultatele observate în urma terapiei au fost:

- Formarea relației terapeutice bazate pe încredere și empatie.
- Respectarea regulilor în cabinet (nu mai aruncă jucării, strânge materialele după activitate, rămâne la masa de lucru în cadrul activităților, participă fără mama

la activități) și implicarea activă în activități.

- Reducerea opoziționismului și diminuarea anxietății.
- Participarea la ședințe fără mama, explorarea mediului și jucăriilor.
- Ședințele logopedice au avut loc de 2 ori pe săptămână, crescând la 3 în perioada verii, concomitent cu înscrierea la grădinița de masă. Monitorizarea progreselor a fost realizată prin fișe de observație și grafice de evoluție pe durata a 1 an și 3 luni. La finalul perioadei, E. a fost înscris la o grădiniță de masă și continuă terapia pentru susținerea adaptării copilului și stimularea dezvoltării sale.

Evaluare finală cu Scala Portage:

La finalul terapiei, vârsta mentală a lui E. era de 2 ani și 4 luni (vârsta cronologică 4 ani și 4 luni). Stările de frică și „înghețare” persistă în interacțiunile cu persoane necunoscute și are nevoie de mult timp pentru a se acomoda în medii noi. Domeniul autoservire a progresat mult, până la vârsta de dezvoltare de 3 ani și 3 luni, motor: 2 ani și 11 luni, limbaj: 1 an și 5 luni (de la 6 luni la evaluarea inițială), socializare: 2 ani și 2 luni.

Utilizează limbajul oral, dar persistă problemele de inteligibilitate. Cuvintele simple și familiare sunt corect pronunțate, dar are multe sunete afectate. Formează în vorbirea orală propoziția scurtă de tipul „Dă apa”; „pune jos”, „e mare”. În ceea ce privește socializarea, se observă îmbunătățiri doar în relația

terapeutică, interacționând și cooperând cu terapeutul, nivelul de dezvoltare fiind de 2 ani și 2 luni. Mai jos se prezintă rezultatele evaluării inițiale și evaluării finale cu scala Portage.

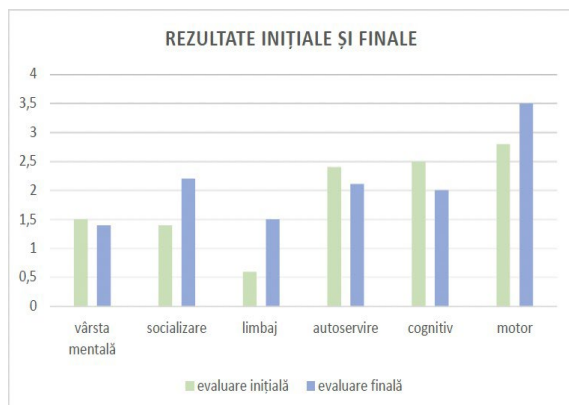


Figura 3. Rezultatele evaluării inițiale și finale

Concluzii

Dezvoltarea limbajului este esențială în interacțiunea cu mediul, iar dificultățile lingvistice afectează alte aspecte ale dezvoltării. În cazul participantului, lipsa unui atașament securizant, factorii de mediu și situația familială au contribuit la întârzierea în dezvoltarea limbajului.

Intervenția prin joc s-a dovedit eficientă, stimulând limbajul, comportamentele sociale și autonomia. Evaluările au confirmat prezența TRA și întârzierea limbajului, fără indicii de TSA.

Se recomandă în terapia logopedică a copiilor cu TRA implicarea familiei în toate etapele dezvoltării copilului, jocuri de stimulare a limbajului, crearea unui mediu afectiv sigur și conștientizarea fricilor copilului. Terapia prin joc reprezintă o

intervenție eficientă, bazată pe cercetare, axată pe comunicarea pragmatică, sprijinind dezvoltarea globală și relațiile sociale ale copilului.

Bibliografie

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1979). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* (1st ed.). Psychology Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Atkins, R. (2021). Language abilities of children who qualify for both speech and language therapy and play therapy (Undergraduate Honors Thesis). Rehabilitation, Human Resources and Communication Disorders. Retrieved from <https://scholarworks.uark.edu/rhrcuht/68>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
- Brisch, K. H. (2012). *Treating attachment disorders: From theory to therapy* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Cassidy, J. (1990). Theoretical and methodological considerations in

- the study of attachment and the self in young children. In *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 87–119). University of Chicago Press.
- Cline, F. (1998). Why do traditional therapeutic methods fail with some children? *Attachments: Newsletter of the Attachment Center at Evergreen. Colorado*.
- Corbin, J. R. (2007). Reactive attachment disorder: A biopsychosocial disturbance of attachment. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 24(6), 539–552.
- Deneault, A.-A., Duschinsky, R., van IJzendoorn, M. H., Roisman, G. I., Ly, A., Fearon, R. M. P., & Madigan, S. (2023). Does child–mother attachment predict and mediate language and cognitive outcomes? A series of meta-analyses. *Developmental Review*, 70, 101093.
- Ellis, E. E., Yilanli, M., & Saadabadi, A. (2023, May 1). Reactive attachment disorder. In *StatPearls*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537155/>
- Irfan, N., Nair, A., Bhaskaran, J., Akter, M., & Watts, T. (2022). Review of the current knowledge of reactive attachment disorder. *Cureus*, 14(11), e31318.
- Jethava, V., Kadish, J., Kakonge, L., & Wiseman-Hakes, C. (2022). Early attachment and the development of social communication: A neuropsychological approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 838950.
- Mallinckrodt, B. (2000). Attachment, social competencies, social support, and interpersonal process in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 239–266. <https://doi.org/10.1093/ptr/10.3.239>
- Marvin, A. R., Marvin, D. J., Lipkin, P. H., & Law, J. K. (2017). Analysis of Social Communication Questionnaire (SCQ) screening for children less than age 4. *Current Developmental Disorders Reports*, 4(4), 137–144.
- Newman, L., Sivaratnam, C., & Komiti, A. (2015). Attachment and early brain development: Neuroprotective interventions in infant–caregiver therapy. *Translational Developmental Psychiatry*, 3(1).
- NSPCC (2021, August 10). Attachment and child development. <https://www.nspcc.org.uk/keeping-children-safe/child-protection-system/attachment-and-child-development>
- Ohtaras, A. (2015). Reactive attachment disorder in children: Impacts on development, educational implications and the need for secure attachment. *Journal of Student Engagement: Education Matters*, 5(1), 28–38.

- Raaska, H., Elovainio, M., Sinkkonen, J., Stolt, S., Jalonen, I., Matomäki, J., & Lapinleimu, H. (2013). Adopted children's language difficulties and their relation to symptoms of reactive attachment disorder: FinAdo study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(3), 152–160.
- Roseberry-McKibbin, C. (2018). Foundations of language development: Love and attachment. *The ASHA Leader*, 23(1), 52–57.
- Roseman, M. (2008). Early language development and adult/child relationships: An intricate connection. In M. R. Jalongo (Ed.), *Enduring bonds: The significance of interpersonal relationships in young children's lives* (pp. 39–56). Springer Science+Business Media.
- Rowland, C. (1990, 1996, 2004). *Communication Matrix*. Unpublished manuscript. Portland, OR: Oregon Health & Science University
- Rutter, M., Bailey, A., & Lord, C. (2003). *The social communication questionnaire*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders—Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 529–543.
- Sadiq, F. A., Slator, L., Skuse, D., Law, J., Gillberg, C., & Minnis, H. (2012). Social use of language in children with reactive attachment disorder and autism spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(5), 267–276.
- Shreeve, D. F. (2012). *Reactive attachment disorder: A case-based approach*. New York, NY: Springer Science and Business Media.
- Simpson, J. A., & Belsky, J. (2016). Attachment theory within a modern evolutionary framework. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 91–116). Guilford Press.
- Snow, A. (2013). *Social Communication Questionnaire*. In: Volkmar, F.R. (eds) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer, New York
- Thrall, E. E., Hall, C. W., Golden, J. A., & Sheaffer, B. L. (2009). Screening measures for children and adolescents with reactive attachment disorder. *Behavioral Development Bulletin*, 15(1), 4–11.
- Van IJzendoorn, M. H. (2019). Attachment at an early age (0–5) and its impact on children's development. In *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Centre of Excellence for Early

Childhood Development.

<https://www.child-encyclopedia.com/>

Westby, C. E. (1980). Assessment of cognitive and language abilities through play. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 11(3), 154–168.

¹Terapeut. Centrul de Terapie și Recuperare Emanuel, Fundația FARA Suceava

²Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca,

E-mail: carmen.costea@ubbcluj.ro