

OMUL DIN LUMEA TĂCERII

GHID PENTRU ÎNȚELEGEREA LUMII
PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI DE AUZ





OMUL DIN LUMEA TĂCERII.

GHID PENTRU ÎNȚELEGEREA LUMII PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI DE AUZ

Chișinău, 2016

Această lucrare este publicată în cadrul Proiectului „Abilitate versus Dizabilitate – de la înțelegere spre eliminarea discriminării și incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități auditive și de vedere”, finanțat de către Programul Egalitate și Participare Civică al Fundației Soros Moldova.

Opiniile expuse în această lucrare sunt ale autorilor și nu reflectă în mod neapărat poziția Alianței INFONET și Fundației Soros-Moldova.

Responsabil de ediție: Victor Koroli, Director de proiect

Având drept scop crearea unui cadru social, în care persoanele cu deficiențe de auz, adulți, minori și familiile acestora să-și poată exprima dezideratele, să fie sprijiniți în realizarea drepturilor de cetățean în vederea egalizării șanselor, Asociația Surzilor din Republica Moldova sintetizează problemele sociale cu care, în dorința de a trăi decent și de a se integra în societate, se confruntă persoanele cu deficiențe de auz.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Omul din lumea tăcerii. Ghid pentru înțelegerea lumii persoanelor cu dizabilități de auz / Proiectul "Abilitate versus Dizabilitate – de la înțelegere spre eliminarea discriminării și incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități auditive și de vedere", Asoc. Surzilor din Rep. Moldova, Alianța INFONET [et al.] ; resp. ed.: Victor Koroli (dir. proiect). – Chișinău : Dira-AP, 2016. – 300 p.

Apare cu sprijinul financiar al Programului Egalitate și Participare Civică al Fundației Soros Moldova. – 500 ex.

ISBN 978-9975-3039-5-8.

364.1/.2+376.353(478)

O-53

Lector: Maria Balan

CUPRINS:

Lista de abrevieri	6
Prefață	7
Natalia BABICI. Asociația Surzilor din Republica Moldova. Repere	9
Anghelina CHIABURU. Considerații privind acustica, anatomia și fiziologia urechii, cât și terminologia de specialitate	16
Cornelia BODORIN. Educația copiilor cu dizabilități auditive în Republica Moldova: dinamica și conținutul dezvoltării. Aspect praxiologic	82
Istorii personalizate	
Mihail URSUL. Viață împărțită în două	187
Aurelia SPANCEC. Vis întrerupt... care poate să devină realitate	197
Ludmila ARTEMI. Cum să treci prin viață fiind asurzită prematur.....	200
Lumea noastră văzută de caricaturistul Boris LEONOV.....	204
Mituri și fapte despre persoanele cu dizabilități de auz.....	211
„Ceea ce nu știati” despre surzi.....	214
Întâlniri on-line	
Anghelina CHIABURU. Despre dizabilitatea de auz, din perspectivă medicală.....	217
Cornelia BODORIN. Despre dizabilitatea de auz, din perspective educaționale.....	230
ANEXE	
ANEXA 1. Dicționar de termeni.....	239

ANEXA 2. Semnificația mișcărilor în limbajul mimico-gestual.....	245
ANEXA 3. Cadrul legal cu referire la drepturile persoanelor cu dizabilități de auz.....	247
ANEXA 4. Dactilemele limbajului semnelor utilizate în Republica Moldova (RO).....	248
ANEXA 5. Dactilemele limbajului semnelor utilizate în Republica Moldova (RU).....	249
ANEXA 6. Alfabetul dactil. Tehnici de realizare.....	250
ANEXA 7. Facem cunoștință.....	266
ANEXA 8. Familia.....	267
ANEXA 9. Numere.....	268
ANEXA 10. Școala.....	269
ANEXA 11. Mijloace de transport.....	270
ANEXA 12. Locuința.....	271
ANEXA 13. Vestimentație.....	272
ANEXA 14. Bucătărie.....	273
ANEXA 15. Produse alimentare.....	274
ANEXA 16. Zilele săptămânii.....	275
ANEXA 17. Personalități marcante cu deficiențe de auz.....	276
ANEXA 18. Biblia despre persoanele cu dizabilități de auz.....	285
ANEXA 19. Adrese utile.....	288
ANEXA 20. Instituțiile de învățământ pentru copiii cu deficiențe de auz din Republica Moldova.....	290
ANEXA 21. Logouri cu referire la persoanele cu dizabilități de auz.....	291
ANEXA 22. ASRM în imagini.....	296

LISTA DE ABREVIERI

ASRM – Asociația Surzilor din Republica Moldova

CDS – cadru didactic de sprijin

CES – cerințe educaționale speciale

CMI – Comisia Multidisciplinară Intrașcolară

IC – implant cohlear

LMG – limbajul mimico-gestual

LMGRM – limbajul mimico-gestual din RM

LS – limbajul semnelor

PEI – Plan Educațional Individualizat

SAP – Serviciul de Asistență Psihopedagogică

TIC – tehnologia informației și a comunicațiilor

WFD – Federația Mondială a Surzilor



PREFAȚĂ

Ruslan Lopatiuc,

Președinte al Asociației Surzilor din
Republica Moldova

„Lumea tăcerii...” Ați fost cumva în această lume? Cred că puțini dintre voi, Slavă Domnului! Dar ați întâlnit vreun om din această „lume a tăcerii”? Sunt convins că da. V-a pus pe gânduri acea întâlnire? Poate ați încercat să-l ajutați pe acel om. Ori poate l-ați ignorat?...

Recent, Asociația Surzilor din Republica Moldova, în parteneriat cu Asociația INFONET, a desfășurat un Marș Automobilistic și un Flash Mob cu genericul „Noi suntem...” în mai multe localități ale republicii. Noi nu avem auz, dar facem studii, avem familii, muncim, călătorim în străinătate împreună cu prietenii. La fel ca și oamenii de rând!

Cartea „Omul din lumea tăcerii” este o continuitate a sloganului „Noi suntem..!” Vrem să arătăm prin ce ne asemănăm și ce ne deosebește de celelalte persoane, să ne descriem problemele cu care ne confruntăm și facilitățile, pe care le avem.

Nu cred că prin intermediul acestei cărți vom putea schimba radical atitudinea societății față de persoanele cu dizabilități auditive, dar sperăm că cei ce o vor citi, vor privi altfel spre neauzitori, îi vor ajuta să se integreze mai ușor în societate, vor dori să cunoască mai multe despre această „lume”.

Cartea am editat-o în special pentru persoanele, care într-un fel sau altul sunt legate de surzi – părinții copiilor surzi, pedagogi, educatori, medici, persoane care au în colectivul lor de muncă

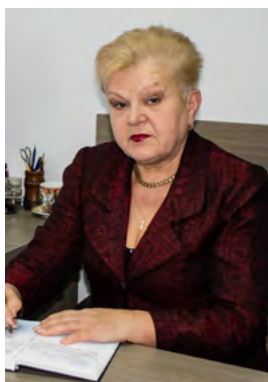
persoane surde. De un deosebit folos le va fi și lucrătorilor sociali, studenților de la instituțiile de învățământ superior, specialiștilor logopezi, defectologi, persoanelor cu dizabilități auditive.

Sperăm să găsiți în aceste pagini răspunsul la mai multe întrebări. Lumea surzilor este foarte variată, bogată în evenimente triste dar și de bucurie. Veți afla despre limbajul surzilor – limba lor de comunicare, exprimată prin semne și gesturi. Acest lucru îi deosebește de ceilalți oameni. **DAR NU VĂ SPERIAȚI!** Limbajul lor e foarte fluent și plin de idei. Surzii au un bun simț al sintezei și o deosebită inteligență de a înțelege și de a completa limbajul semnelor, pentru a fi înțeleși.

Munca de elaborare a acestei lucrări a necesitat străduința și insistența directorului executiv al Alianței INFONET, domnului Victor Koroli, care a adunat în jurul său un grup de autori din cadrul Asociației Surzilor și alte instituții, pentru care a scrie nu era o obligațiune, ci o îndatorire de conștiință, plină de continuă bucurie.

Mulțumim doamnelor Anghelina Chiaburu, Cornelia Bodorin, Ludmila Artemi, Liliana Darii; Valentina Gural, domnilor Ruslan Lopatiuc, Evgheni Munteanov, Mihail Ursul, Veaceslav Petelca și tuturor persoanelor pentru ajutorul acordat în pregătirea spre ediție a cărții. Lucrarea este un punct de pornire și poate nu am reușit să includem toate aspectele ce vizează viața celor din lumea tăcerii, sperăm însă să continuăm și mizăm pe sugestile dumneavoastră.

Toți cei, care vor ține cu interes în mână această carte și îi vor întoarce filele cu pasiunea cititorului însetat de cunoaștere, neapărat își vor îndrepta gândul către omul din lumea tăcerii...



ASOCIAȚIA SURZILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA. REPERE

Natalia Babici,

prim-vicepreședinte al Asociației
Surzilor din Republica Moldova

Asociația Surzilor a fost creată în anul 1940 prin Hotărârea Consiliului Comisarilor Poporului din Republica Sovietică Socialistă Moldovenească nr. 451 din 18 noiembrie 1940 și inițial avea denumirea „Societatea Moldovenească a Surdomuților”.

Asociația urmărește beneficiul public, este independentă de autoritățile publice, constituită în forma organizatorico-juridică de „asociație obștească”, bazată pe numărul membrilor fixat. Asociația este creată pentru desfășurarea activității comune a persoanelor cu deficiențe de auz cu scopul realizării drepturilor legitime în conformitate cu legislația Republicii Moldova.

Asociația a parcurs mai multe etape de dezvoltare.

Activități organizaționale de anvergură

La 28-29 iunie 1949, la Chișinău a avut loc Primul Congres al Societăților Surdo-Muților Moldovenesc. Conform datelor din 1949, 896 de persoane au fost înregistrate la evidența SSM, 3 subdiviziuni au fost create în orașele Chișinău, Tiraspol și Bălți. Președinte al SSM a fost ales Iacov Tulcinski, după care în această funcție s-au succedat I. Pucicov, M. Kogan, Al. Necraha, Em. Burmenco, N. Filatov, M. Ursul.

Actualul președinte Ruslan Lopatiuc se află în fruntea ASRM din anul 2009.

Primele Regulamente ale Societății Surdo-Muților din Moldova au fost aprobate la congresul inaugural, care s-a desfășurat sub egida Ministerului Asigurării Sociale al RSSM.

În 1944, la Chișinău și Tiraspol au fost stabilite primele întreprinderi din cadrul SSM.

În 1946, este creat primul cămin pentru surdo-muți din zonele rurale, care și-au găsit un serviciu la atelierul din Chișinău și un combinat de formare și producție la Bălți.

Între 1944 și 1949 au fost deschise cluburi pentru actori amatori, precum și cluburi de sport, teatru, șah și dame în toate subdiviziunile SSM pentru persoane care vorbeau prin gesturi și semne.

Începând cu 1953, educația muncitorilor cu dizabilități de auz în atelierele Societății a fost finanțată în totalitate de SSM, și nu de stat. Au fost deschise 2 noi subdiviziuni cu sediul în Dubăsari și Râbnița.

În anul academic 1957-1958, au fost create pentru prima dată clase speciale pentru persoane cu dizabilități auditive în școlile rurale.

În 1962, denumirea Societății Surdo-Muților din Moldova a fost schimbată în Societatea Surzilor Moldovenească, iar din 1997 devine Asociația Surzilor din Republica Moldova (ASRM).

La 29 mai 2010 la Congresul XV extraordinar al ASRM au fost aprobate Statutul ASRM și Regulamentele în redacții noi.

Actualmente, în R. Moldova sunt circa 5 mii de persoane cu deficiențe de auz. ASRM cuprinde în evidența ei majoritatea acestora ca membri.

La ora actuală avem 2545 de membri în cadrul celor 4 filiale și 40 de organizații primare de pe tot teritoriul țării.

Asociația are 7 întreprinderi specializate, dintre care la moment funcționează 4, unde sunt angajate 51 de persoane cu deficiențe de auz. Asociația dispune de patrimoniu pentru asigurarea activităților statutare, o parte din el se află în gestiune la întreprinderile specializate. Proprietatea ASRM se formează din venituri din activitatea economică, de producere și alte activități de întreprinzător, taxe de aderare și cotizații de membru, venituri de la prestarea serviciilor, venituri din darea cu chirie a bunurilor proprii etc. Membrii Asociației își fac studiile în instituțiile medii speciale, școli de meserii, colegii, instituții de învățământ superior din republică, cu condiția că susțin examenele de admitere.

Asociația este creată în scopul realizării și apărării drepturilor civile, economice, sociale, culturale ale membrilor ei, dezvoltării activismului social și spiritului de inițiativă, satisfacerii intereselor profesionale și de amatori în domeniul creației științifice, tehnice, artistice, ocrotirii sănătății, antrenării în activitatea filantropică, în participarea sportului în mase și a culturii fizice.

Obiectivele de bază sunt reabilitarea socială, profesională și încadrarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități auditive și incluziunea socială a acestora, dezvoltarea limbajului mimico-gestual pe teritoriul RM, ca limbă de comunicare între persoanele surde. ASRM strict duce evidența persoanelor cu deficiențe de auz și contribuie la înregistrarea lor în Asociație, organizează și desfășoară activități de culturalizare, sportive și de întremare între surzi, prestează servicii de interpretare în limbajul mimico-gestual, participă la formarea politicilor de stat privind persoanele cu dizabilități și soluționarea problemelor lor în conformitate cu Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități din 13.12.2006, Legea nr. 60

din 30.03. 2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități și cu Normele standarde privind asigurarea posibilităților egale pentru persoanele cu dizabilități, adoptată de către Adunarea Generală a ONU la 20 decembrie 1993.

Astfel, în 2012, după numeroase demersuri ASRM a obținut aviz favorabil pentru ca persoanele cu deficiențe auditive să devină conducători auto, după ce în 2009 li s-a interzis să mai urmeze cursuri de șofat.

ASRM a reușit să consolideze statutul traducătorilor specializați în limbajul semnelor, care în prezent au același statut ca și traducătorii specializați în limbi estice (conform Legii nr. 9264-XVI din 11 decembrie 2008). În 2011, Ministerul Justiției a acordat licențe de stat pentru 9 traducători.

În prezent, mai multe canale de televiziune din Moldova difuzează știri titrate predominant în limba română, dintre care 2 posturi TV transmit buletinul de actualități cu traducere în limbajul semnelor.

Una din actualele direcții de dezvoltare ale ASRM constă în cooperarea cu organele de stat în vederea îmbunătățirii cadrului legislativ și de reglementare pentru persoanele cu dizabilități.

Activități culturale

Persoanele cu dizabilități de auz au început să pună în scenă spectacole de amatori în Moldova în anii 1940-1950, în special dansuri și teatru.

În anii '90, Societatea Surzilor nu avea fondurile necesare pentru a susține în totalitate activitățile culturale ale persoanelor cu dizabilități.

La 1 ianuarie 1999, Casa de Cultură Republicană a Persoanelor cu Dizabilități de Auz din RM a fost inclusă în lista instituțiilor finanțate de stat. După aceasta, lucrurile s-au desfășurat fără impedimente. Au fost organizate un șir de evenimente, colectivul artistic al Casei de Cultură călătorea frecvent în centrele raionale din Moldova pentru a prezenta concerte. În anii 2000 au fost efectuate turnee în Belarus și Ucraina. Casa de Cultură colaborează cu Școala specială pentru copii hipoacuzici și surditate tardivă nr.12 din municipiul Chișinău.

Cultură fizică și Sport

În decembrie 1992, a fost creată Federația Sportivă a Surzilor din Moldova. Primul președinte al acesteia a devenit Ruslan Lopatiuc.

La Jocurile Deflimpice de vară (Jocurile Olimpice pentru persoane cu dizabilități de auz), care s-au desfășurat la Copenhaga, Danemarca, în 1997, echipa de volei a Moldovei a ocupat locul 13. Sportivii moldoveni au participat la aceleași jocuri deflimpice organizate la Roma, Italia, patru ani mai târziu.

La Jocurile Deflimpice din 2013 de la Sofia, Bulgaria, luptătorul Calestrov Colestrov a obținut medalia de bronz.

Echipa de futsal a Moldovei participă în mod regulat la campionatele și turneele internaționale.

În fiecare an, în filialele teritoriale Nord, Sud și Chișinău se desfășoară competiții sportive la dame, șah, tenis de masă, volei și futsal dedicate Zilei Internaționale a Surzilor.

Noi dispunem de sală de activități culturale, o sală sportivă de performanță înaltă, cu pavaj contemporan, bazin de înot la întreprinderea de agrement și odihnă de la Vadul lui Vodă. Persoanele cu deficiențe de auz participă cu o deosebită

plăcere la activități. Aici ei fac cunoștință îndeaproape, chiar formează familii, se includ în cluburi pe interese.

Activitățile culturale Asociația le organizează prin Casa Republicană de Cultură a Surzilor din Moldova, activitățile sportive - prin Federația Sportivă a Surzilor din Moldova. Aceste organizații obștești sunt fondate pentru a delimita toate activitățile desfășurate.

Cooperarea pe plan național și internațional

Asociația Surzilor colaborează cu diferite organizații obștești din Republica Moldova, printre care organizația filantropică „Agape”, președinte Ioan Bocăneală, care a participat activ la desfășurarea cursului de instruire în limbajul semnelor a părinților, pedagogilor din școlile speciale și grădinițe. Am realizat perteneriat cu Alianța INFONET, în persoana directorului executiv Victor Koroli, care ne-a implicat în mai multe proiecte de elaborare și editare de ghiduri și metodologii: „Dicționarul Limbajului Semnelor din R. Moldova”, „Metode de învățare a limbajului mimico-gestual”, „Ghid metodologic de învățare a limbajului mimico-gestual în Republica Moldova”, „Omul din lumea tăcerii”. Până în prezent în republică nu au fost editate manuale de studiere și predare în limbajul mimico-gestual, deci aceste cărți sunt pentru noi „primele rândunici”, și la ele, sperăm, vor apela multe persoane.

Considerăm că acest proiect este o reușită, iar participarea organizațiilor obștești reprezentative pentru persoanele cu dizabilități evidențiază interesul societății civile pentru creșterea gradului de incluziune socială și egalizare de șanse.

Din anul 1992, ASRM este membru al Federației Mondiale a Surzilor și activează la nivel internațional. Recent, la Consiliul Regional al țărilor Est-Europene și Asiei Mijlocii, președintele

Asociației Surzilor din RM, Ruslan Lopatiuc a fost ales director. Relații de colaborare bune avem cu toate asociațiile membre ale acestor organisme, prin schimbul de experiență în vederea protecției drepturilor și incluziunii sociale a persoanelor cu deficiențe auditive, implementării și dezvoltării limbajului mimico-gestual și statutului lui.

În pofida faptului că a întâmpinat numeroase dificultăți, progresul Asociației este unul extrem de vizibil. ASRM fiind o „familie numeroasă”, prin efortul pe care l-a depus de-a lungul timpului, a reușit să faciliteze egalizarea șanselor, îmbunătățirea calității vieții, cu scopul integrării socio-profesionale a persoanelor cu deficiențe de auz.

Informații de contact: www.as.mddeaf.moldova@gmail.com



Foto 1. „Asociația Surzilor din Republica Moldova” (str. Vasile Alecsandri, 1, mun. Chișinău, Republica Moldova, MD – 2009).



CONSIDERAȚII PRIVIND ACUSTICA, ANATOMIA ȘI FIZIOLOGIA URECHII, CÂT ȘI TERMINOLOGIA DE SPECIALITATE

Anghelina Chiaburu, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, șefa Centrului republican de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică

(...a nu auzi înseamnă a separa oamenii de oameni.)

Immanuel Kant

Pentru o înțelegere mai bună, în esență, a problemei surdității este important să ne referim asupra unor noțiuni generale despre acustică, anatomie și fiziologie a urechii, cât și la terminologia folosită în literatura de specialitate.

Acustica este o ramură a fizicii care se ocupă cu studiul descrierii, producerii, propagării, recepției și aplicațiilor practice ale vibrațiilor mecanice, cunoscute sub denumirea de sunete.

Psihoacustica este disciplina intermediară între acustică și psihologie, care studiază relațiile ce există între caracteristicile sunetului și senzațiile auditive pe care le provoacă, analizând mecanismele comunicării.

Audiologia este ramura otorinolaringologiei care are drept obiect de studiu explorarea analizatorului acustic vestibular și a maladiilor care afectează audiția. Specialistul care practică această ramură se numește audiolog și pregătirea în domeniu

se face după rezidențiatul în otorinolaringologie. Audiologia are două ramuri: audiometria și audioprotetica.

Audiometria are în vizor explorarea analizatorului auditiv, implică activitatea medicului orelist-audiolog și a asistentei medicale (laborant audiometrist).

Audioprotetica (audioprotezarea) este o componentă a recuperării auditive, la care contribuie audiologul, audioprotezistul, logopedul ș.a.). Specialistul din acest domeniu se numește audioprotezist.

Audiția este funcția urechii de percepere a sunetelor de anumite frecvențe și intensități.

Audiția monaurală este auzul cu o singură ureche.

Audiția binaurală este auzul simultan cu ambele urechi și presupune anumite privilegii în raport cu cea monaurală (mai mult confort, pragul auditiv mai mic, localizarea sursei sonore mai bună, intelegibilitate mai bună, oboseală auditivă redusă). Aceste momente explică importanța depistării precoce și a monitorizării cazurilor de surditate unilaterală.

Auz în limitele normei se consideră auzul determinat de un prag auditiv cuprins între 0-20 dB.

Pragul auditiv (pragul sonor, pragul audiției) reprezintă cea mai mică intensitate a unui sunet care poate fi percepută de urechea umană.

- Pragul auditiv variază în funcție de frecvența vibrațiilor, crescând pe măsură ce frecvența undelor sonore se apropie de limita inferioară (16 Hz) sau de cea superioară (20000 Hz).

- Pragul auditiv este măsurat în decibeli (dB), limitele normei fiind cuprinse între 0-10 dB (20 dB). Urechea umană este un filtru acustic și percepe sunete cu intensități între 0 și 140 dB. Cea mai mare sensibilitate a urechii variază în jurul valorii de 1550 Hz. Sunete cu intensități mai mari de 140 dB produc o senzație dureroasă și pot determina distrucții la nivelul organului receptor al auzului.

Pragul de detectibilitate este atunci când subiectul testat percepe, dar nu recunoaște sunetul.

Pragul audibil – subiectul începe a recunoaște sunetele (actul neurosenzorial pur).

Pragul de inteligibilitate – subiectul aude și înțelege cuvintele pronunțate.

Pragul audiției minime – intensitatea sunetului este percepută de subiect.

Pragul de intoleranță ori disconfort auditiv este valoarea medie a unei presiuni acustice care produce o senzație dureroasă, un disconfort la persoana cu auz normal.

Notă: Cunoașterea valorilor pragului auditiv pentru urechea normală este fundamentală în procesul de diagnosticare a anumitor afecțiuni.

Semnalul acustic (sunetul) constituie o undă acustică de presiune longitudinală care se transmite într-un mediu (aer, apă), definită de o vibrație sinusoidală și caracterizată prin intensitate, frecvență și perioadă.



Fig. 1. Scara frecvențelor

Frecvența sau tonalitatea:

- reprezintă numărul de vibrații cu care se propagă un sunet într-o unitate de timp;
- se exprimă în cicli / sec. sau Hz;
- urechea umană percepe sunete cu frecvențe cuprinse între **20 Hz** și **20000 Hz**;
- vocea umană cuprinde sunete cu frecvențe între **1000-3000 Hz**;
- sunetele cele mai bine auzite au frecvențe între **1024-4096 Hz**, cu un maxim la **2048 Hz**;
- **infrasonetele** au frecvențele de la 0 până la 16 Hz și nu sunt percepute de urechea umană;
- **ultrasunetele** au frecvențe mari, de la 20 000 Hz până la aproximativ 10 GHz. Ca și infrasonetele, acestea nu produc senzația obișnuită de auz, ceea ce nu înseamnă că sunt lipsite de orice efect (vezi Fig. 1).

Timbrul:

- caracterizează totalul armonicelor supraadăugate sunetului de fond;

- permite deosebirea între două sunete de aceeași tonalitate și intensitate.

Intensitatea sau amplitudinea:

- se determină utilizând o scală logaritmică;
- unitatea de măsură utilizată este decibelul (**dB**);
- $1 \text{ dB} = 20 \log (P_{\text{sunet}} / P_{\text{SPL}})$;
- **P_{sunet}** → presiunea stimulului auditiv;
- **PSPL** → nivelul presiunii sunetului de prag audibil al urechii umane.

Zgomotul este orice sunet nedorit, jenant și care poate fi cauză a diverselor accidente în muncă, stres, iar în unele cazuri chiar îmbolnăviri.

Zgomotul profesional presupune un complex de sunete cu intensități și înălțimi diferite cu caractere diferite (zgomot obișnuit, vuet, scârțâituri, șuierat ș.a.), ritmice sau aritmice, produse continuu sau discontinuu de mașini, aparate, mijloace de transport în timpul activității profesionale.

Autofonia este auzirea propriei voci în ureche în timpul fonației, se întâlnește cel mai frecvent în cazuri de obturare meatală, obstrucție tubară ș.a.

Ecoacuzia este audiția cu ecou a sunetelor.

Tinitusul sau **acufenele** sunt percepții auditive anormale ale unor zgomote (sunete) de obicei în ureche, fără a fi însă determinate de o excitație sonoră.

Presbiacuzia – proces de îmbătrânire fiziologică a structurilor neurosenzoriale ale urechii interne și a centrilor de integrare

auditivă, cu diminuarea percepției auditive.

Paraacuzia Willis (iluzie auditivă) este senzația de auz mai bun într-un mediu zgomotos.

Paraacuzia Weber (iluzie auditivă) este senzația de auz mai bun într-un mediu liniștit.

SURDITATEA (*hipoacuzia*) este pierderea totală sau parțială, uni- sau bilaterală a acuității auditive.

Notă: Biroul Internațional de Audiofonologie recomandă utilizarea termenului *deficiență de auz* atunci când se referă la o persoană fizică, reieșind din caracterul prea absolut al termenului *surditate*, acesta din urmă rămâne a fi folosit în literatura de specialitate.

Surditatea poate fi clasificată în funcție de:

Timpul instalării:

- surditate **prelinguală** – instalată la copil până a începe a vorbi;
- surditate **perilinguală** – instalată la copilul care începe a vorbi, dar încă nu știe a citi;
- surditate **postlinguală** – apare la copilul/ adultul care știe deja să vorbească și să citească.

Localizarea leziunii:

- surditate **de transmisie** → defect localizat la nivelul urechii externe și/sau medii;
- surditate **de percepție (senzoroneurală, neurosenzorială)** → afecțiuni localizate la nivelul urechii interne sau a nervului VIII;

- surditate **tip mixt** care implică urechea medie și cea internă.

Nivelul leziunii (clasificarea topografică):

- cohleară;
- retrocohleară;
- centrală.

Afectarea urechilor:

- unilaterală;
- bilaterală.

Tab. 1 Clasificarea surdității după nivelul pierderii de auz recomandată de Biroul Internațional de Audiofonologie (1996)

Forma surdității	Nivelul pierderii auditive (dB)
Auz normal	0-20 dB
Surditate ușoară	21-40 dB
Surditate moderată:	41-70 dB
gr. I	41-55 dB
gr. II	56-70 dB
Surditate severă:	71-90 dB
gr. I	71-80 dB
gr. II	81-90 dB
Surditate profundă:	≥ 90 dB
gr. I	91-100 dB
gr. II	101-110 dB
gr. III	111-119 dB
Cofoză	Lipsa auzului la toate frecvențele

Surditate de origine genetică:

- aplazia Michel (1863) – o genopatie cu transmisie autozomal dominantă, în care se constată lipsa completă de dezvoltare a urechii interne;
- aplazia Mondini (1791) – o genopatie cu transmitere autozomal dominantă în care se dezvoltă numai primul tur (de bază) al cohleei;
- aplazia Scheibe (1892) – o genopatie cu transmitere autozomal recesivă în care sacula și ductul cohlear sunt hipogenetice;
- aplazia Alexander (1904) – aplazia ductului cohlear;
- boala Refsum (1946) – în care există retinită pigmentară, ichtioză, polineuropatii, ataxie și surditate;
- boala Alstrom (1959) – în care există retinită pigmentară, diabet zaharat, obezitate și surditate progresivă;
- boala Paget sau osteitis deformans – în care există deformări scheletice, degenerarea organului Corti;
- boala Pendrer – se caracterizează prin hipotiroidie și surditate;
- sindromul Usher – în care există retinită pigmentară și surditate;
- sindromul Hurler (1920) – în care există deformări scheletice, nanism, retard mental, hepatosplenomegalie și surditate progresivă;
- sindromul Waardenburg – distopia cantorum, hiperplazia sprâncenelor, heterocromia parțială ori totală a irisului, irisul „albastru metalic”, atrofia organului Corti;

- boala Alport – în care există glomerulonefrită, cataractă, nistagmus și surditate;
- sindromul Tietz – albinism și surditate;
- sindromul Cockayne – nanism, retinită pigmentară, retard mental, tulburări motorii și surditate;
- surdități autozomal dominante;
- surdități autozomal recesive;
- surditate nonsindromică mitocondrială.

Surditate dobândită (achiziționată) este surditatea instalată în anumite perioade ale vieții.

Cele mai frecvente cauze de instalare a surdității în perioadele prenatală și intranatală sunt:

- boli suportate de către mamă în timpul sarcinii (rubeola, sifilis, toxoplazmoza, citomegalovirus, herpes ș.a.);
- întrebuințarea preparatelor cu efect ototoxic în timpul sarcinii (antibiotice - aminoglicozide, diuretice, salicilate, ș.a.);
- condiții profesionale nocive ale mamei (intoxicații, radiații, vibrații ș.a.);
- comportament adectic (alcoolism, droguri);
- naștere patologică;
- asfixie neonatală severă Apgar < 4 în 5 min.;
- masa corpului < 1500 gr.;
- hiperbilirubinemie;
- prematuritate (vârsta de gestație < 34 săptămâni).

Cauzele surdității dobândite:

- boli infecțioase suportate (meningita, rujeola, varicela, parotodita ș.a.);
- întrebuințarea preparatelor cu efect ototoxic (streptomicina, neomicina, gentamicina, kanamicina ș.a.);
- traumatism cranio-cerebral (comoția cohleară, fistula perilinfatică, ruptura fenestrală);
- traumatism acustic (împușcături, explozii de petarde);
- boli metabolice ori autoimune (diabetul, hipotieroidita, sindromul Cogan ș.a.);
- boli inflamatorii (cochlearizarea drept complicație în supurațiile urechii medii);
- idiopatică (surditate brusc instalată spasm, embolie, tromboză, hemoragie);
- tumorală (schwannomul de cohlear și schwannomul de vestibular).

Structurile anatomice implicate în audição sunt:

(vezi Fig. 2):

- **Segmentul periferic (urechea)** – segmentul de conducere (transmisie) a sunetului;
- **Segmentul intermediar (nervul cohlear)** – care este vectorul informației corespunzătoare caracteristicilor sunetului;
- **Segmentul central (nuclei, căi, arii centrale)**, unde are loc analiza și sinteza informației auditive.

SEGMENTUL PERIFERIC este constituit din:

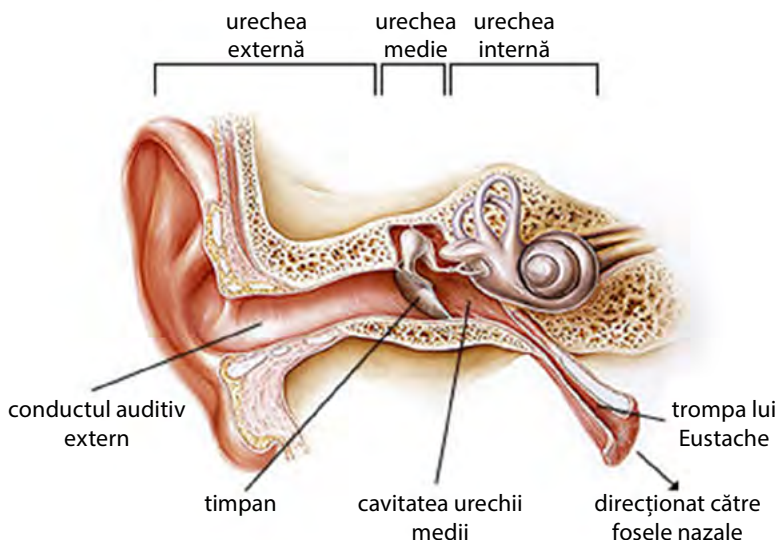


Fig. 2. Anatomia urechii

URECHEA EXTERNĂ (auricula, pinna sau pavilionul) este delimitată de urechea medie prin intermediul membranei timpanice; are rolul de a direcționa undele sonore spre componenta receptor a aparatului auditiv și este constituită din:

- pavilionul auricular;
- meatul auditiv extern;
- canalul auditiv.

URECHEA MEDIE (auris media) este formată dintr-un sistem de cavități aerate, săpate în stânca osului temporal și tapetate de mucoasă. Se compune din următoarele regiuni:

tuba auditivă (trompa lui Eustache, otosalpinx, regio tubaris);

cavitatea timpanică constituită din:

- lanțul osicular: ciocanul, nicovala și scărița au rolul de a conduce undele sonore dinspre timpan înspre urechea internă, prezența lor este esențială pentru auzul normal;
- doi mușchi ai acomodatiei: m. scăriței sau stapedius și tensor tympanii au o acțiune sinergică, rolul lor este să determine prin contracție reflexă rigidizarea sistemului timpanooscular (reflex stapedian) la sunete cu intensitate mare și reducerea în intensitate a sunetului în apropierea urechii interne;
- ligamente și nervul facial și nervul chorda tympani.

celulele mastoidiene (aditus ad antrum, regiunea antro-mastoidiană)

Urechea medie este separată de urechea externă prin membrana timpanică și de urechea internă prin fereastra ovală și fereastra rotundă. Urechea medie funcționează pe principiul unui dispozitiv de impedență:

- amplificarea intensității sunetului perceput de ureche;
- fața membranei timpanice este de 17 ori mai mare decât suprafața ferestrei ovale, astfel aceeași forță este concentrată pe o suprafață mai mică determinând creșterea presiunii;
- amplificarea este maximă pentru sunete cu frecvențe

cuprinse între 2000-5000 Hz, aparținând zonei conversaționale;

- sunete cu frecvențe mai mici de 20 Hz sau mai mari de 20000 Hz nu sunt deloc amplificate (nu sunt percepute de urechea umană).

URECHEA INTERNĂ se află în interiorul stâncii temporalului și se compune din două segmente:

Labirintul osos compus din:

1) labirintul anterior sau cohleea (melcul) → receptori acustici (organul Corti) cu rol de transformare a stimulului mecanic în energie bioelectrică; 2) labirintul posterior → vestibul și canalele semicirculare → receptori vestibulari.

Labirintul membranos – un sistem de cavități cuprinse în interiorul labirintului osos. Aceste cavități comunică între ele prin canale și formează un sistem închis cu un conținut lichidian – *endolimfa*. Între labirintul membranos și endostul labirintului osos se află spații perilimfatice ce conțin *perilimfa*.

SEGMENTUL INTERMEDIAR – n. cohlear (n. acustic, n. auditiv) este un nerv senzorial complex alcătuit dintr-un sistem aferent, unul eferent și filete simpatico.

SEGMENTUL CENTRAL este constituit din **nuclei, căi, arii centrale**:

Protoneuronul: alcătuit din circa 30 000 de neuroni bipolari → formează ganglionul spiral Corti situat în canalul spiral Rosenthal.

Deutoneuronul: se află în nucleii cohleari bulbari cu circa

100 000 de celule nucleii cohleari, 90% din fibre se încrucișează cu cele de partea opusă, 10% au în continuare un traiect ipsilateral, toate se îndreaptă spre nucleii olivari superiori → sunt comparate informațiile auditive percepute de la ambele urechi.

Nucleii olivari superiori: *porțiunea laterală*, are funcția de detectare a direcției din care este perceput sunetul, analiza intensității undelor sonore captate de ambele urechi și *porțiune amedială* cu rol de detectare a duratei de timp dintre două vibrații sonore care pătrund în ureche printr-un mecanism specific.

Coliculii cvadrigemeni inferiori: îndeplinesc rolul de zonă de integrare pentru reflexele de acomodare auditive și vizuale, coordonarea mișcărilor capului și ochilor spre zgomot, tresărirea la zgomot.

Nucleul geniculat medial din talamus → sinapsă

Cortexul auditiv primar (ariile 41 și 42) excitat în mod direct de către proiecțiile care provin de la nivelul corpurilor geniculați mediali.

Arii auditive de asociație (aria 22) excitate secundar prin impulsuri provenite de la cortexul auditiv, prin proiecții ce provin din arii talamice de asociație adiacente corpurilor geniculați mediali.

Mecanismul percepției auditive sau cum auzim?

Cunoașterea mecanismului de percepție auditivă este esențială pentru un diagnostic și tratament corect și timpuriu al patologiilor care duc la scădere de auz, de asemenea aceste cunoștințe stau la baza reabilitării protetice. Deși mecanismul

audiției periferice nu este deplin elucidat în literatura de specialitate, cercetările din ultimii ani au permis distingerea în esență a etapelor de bază ale audiției. Astfel, percepția auditivă poate fi definită prin următoarele etape:

TRANSMISIA SAU TRANSPORTUL UNDEI SONORE care implică:

- **Pavilionul urechii** – are rolul de localizare în spațiu a sunetelor, dirijează și concentrează, spre timpan, sunetul (vibrațiile) venite din diferite direcții;
- **Conductul auditiv extern (CAE)** – dirijează spre timpan sunetul, determină o scădere a pragului auditiv, mai ales pe frecvențele conversaționale prin efectul de rezonanță;
- **Sistemul timpanoosicular** (lanțul osicular) – transmite undele sonore dintr-un mediu gazos (aer) într-un mediu lichidian (perilimfă și endolimfă).

Este important de menționat că una dintre condițiile principale ale unei bune transmisii sonore constă într-o mobilitate maximă a membranei timpanice, realizată prin egalizarea presiunii din urechea medie cu cea din CAE.

Sunetul traversează urechea externă, produce vibrația timpanului și a celor trei oscioare (ciocanul, scărița și nicovala). Vibrațiile traversează un fluid conținut de un tub rulat denumit *cohleea* sau *melc osos*.

DISPERSIA UNDEI SONORE (cohleea) realizează analiza mecanică a frecvențelor sonore.

TRANSFORMAREA STIMULULUI MECANIC ÎN ENERGIE BIOELECTRICĂ se realizează la nivelul celulelor senzoriale din organul Corti (Fig. 3).

Celulele ciliate, în număr de 24000, sunt esențiale pentru auz. Ele nu se pot regenera, distrugerea lor fiind ireversibilă.

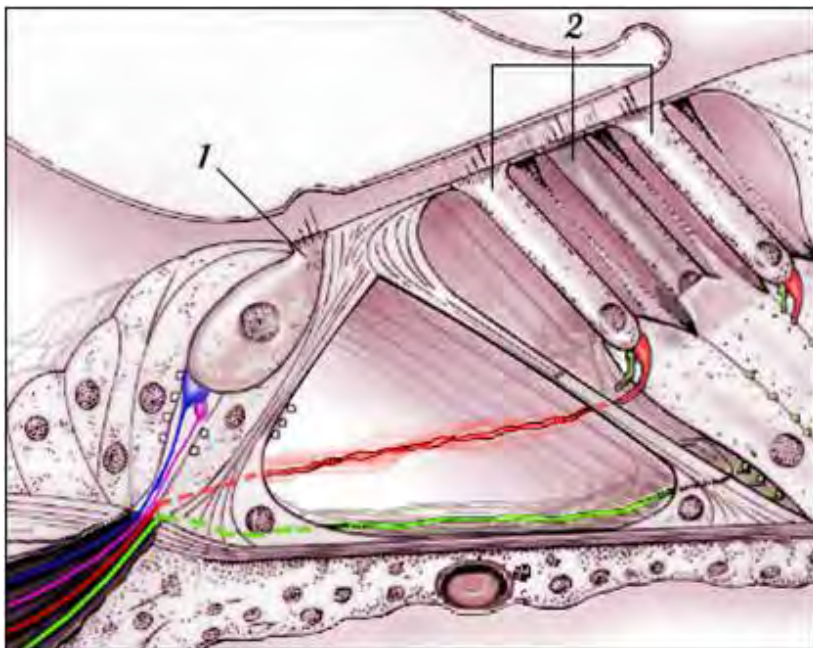


Fig. 3. Organul Corti

MECANISMUL DEPOLARIZĂRII și CODIFICAREA INFORMAȚIEI AUDITIVE. Codificarea frecvențelor la nivel cohlear este transmisă central datorită tonotopiei fibrelor nervoase, are loc legătura punct cu punct dintre celulele senzoriale și neuroni, ceea ce înseamnă că fiecărui neuron îi corespunde o anumită frecvență.

Urechea captează vibrațiile, iar celulele ciliate situate în urechea internă le transformă în impulsuri nervoase care se transmit la creier, unde sunt analizate și transformate în senzații acustice.

METODE DE EXAMINARE A AUZULUI

Audiometria are ca scop evaluarea auzului în raport cu stimulul acustic.

Mecanismul fundamental al audiției constă în:

- detectarea și recunoașterea calității acustice a unui stimul sonor simplu (de ex., ton pur);
- identificarea elementelor acustice complexe (de ex., logatom ori foneme);
- simbolizarea elementelor sonore, este caracteristic doar speciei umane (conceptul abstract, de ex. „cuvânt”);
- înțelegerea ansamblului de elemente simbolice structurate individual în stadiile precedente (adică limbajul).

Există două tipuri de examinare audiologică în funcție de participarea (cooperarea) pacientului la examinare:

- metode subiective (audiometria tonală, vocală ș.a.);
- metode obiective (impedansmetria, otoemisiile acustice (OEA), potențialele evocate auditiv ș.a.).

Acumetria instrumentală

Acumetria instrumentală, deși nu poate înlocui examenul audiologic în determinarea exactă a nivelului deficienței de auz la anumite frecvențe, rămâne a fi o metodă complementară

a bilanțului audiologic. Probele acimetriei instrumentale orientează diagnosticul audiologic spre următoarele stări posibile: auz normal, surditate tip transmisie, tip mixt ori tip senzorneural. Pentru această metodă de examinare se folosesc diapazoanele de diferite frecvențe (de la 64 Hz la 8192 Hz), cel mai frecvent fiind aplicate diapazoanele de frecvență 250 Hz și 500 Hz. Diapazonul folosit în acimetria instrumentală este fabricat de obicei din oțel, are un picior și două brațe care sunt puse în vibrație prin percuție ușoară.

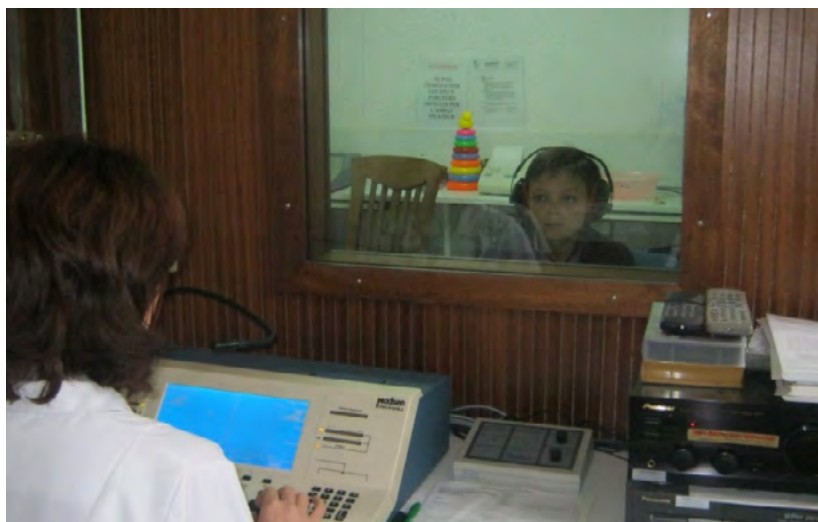
Prin metoda acimetriei instrumentale se testează:

- Proba Weber – se compară conducerea pe cale osoasă ale ambelor urechi, se evaluează lateralizarea sunetului. Pacientul este instruit să precizeze în care ureche percepe sunetul diapazonului.
- Proba Rinne – se compară conducerea aeriană cu conducerea osoasă de la aceeași ureche. Pacientul este instruit să spună în care situație aude sunetul mai tare, pe cale aeriană ori osoasă.
- Proba Schwabach – se evaluează durata percepției sunetului în conducerea osoasă (în limitele normei aceasta este 20 de sec.). În baza respectivului test se diferențiază surditatea tip transmisie de cea senzorială.
- Proba Liwis-Federici – se compară conducerea cartilaginoasă cu conducerea aeriană și cu conducerea osoasă.
- Proba Poch-Vinals (la baza căreia se află proba Weber modificată) – se testează conducerea osoasă absolută, meatele acustice externe acoperite cu tragusul și are aceeași semnificație clinică.

Audiometria tonală liminară – metodă clasică de testare a auzului

Scopul audiometriei tonale este detectarea pragului minimal al audiției pe cale aeriană și pe cale osoasă, la testarea cu sunet pur. Audiometria tonală liminară constituie baza examenului audiologic. Această metodă necesită o bună înțelegere din partea pacientului și o bună cooperare cu examinatorul, din aceste considerente în audiologia pediatrică poate fi aplicată la copii cu vârsta mai mare de 6-7 ani.

Ca și pentru tot utilajul de măsurare, materialul și tehnicile examinării prin metoda audiometriei tonale necesită respectarea anumitor condiții și normative. Pentru această metodă este folosit audiometrul. Testarea se realizează într-un mediu fără zgomot (cabine ori camere insonorizate) (Foto 2).



*Foto 2. Examinarea auzului prin metoda audiometriei tonale
liminare.*

Condițiile de examinare presupun:

- vârsta pacientului se bazează pe concordanța între dezvoltarea somatică și cea psihică;
- cooperarea pacientului la examinare;
- persoana testată nu trebuie expusă la zgomot cu cel puțin două ore înainte de testare, de asemenea vor fi excluse aparatele auditive cu minimum o oră înainte de examinare.

Mediul de examinare:

- acustica încăperii (fără reverberație);
- mediu fără zgomot (cabină insonoră);
- temperatură, ventilație, iluminare, amplasare corespunzător normativelor.

Utilajul necesar și personalul medical:

- audiometrul și căștile conform standardelor internaționale;
- examinarea efectuată de specialistul format în domeniu (audiolog, audioprotezist ori laborant-audiometrist).

Testarea pe cale aeriană implică partea periferică a analizatorului auditiv (urechea externă și urechea medie) și are ca scop detectarea pragului auditiv: evaluarea cantitativă a pragului auditiv (media zonei vorbirii 500 Hz; 1000 Hz; 2000 Hz; 4000 Hz). Se efectuează testarea pe scara frecvențelor de la 125 Hz până la 8000 Hz (utilajul modern permite testarea până la 16000 Hz).

Testarea pe cale osoasă implică urechea internă și centrele superioare. Mecanismul acestei testări este unul complex și implică pentru anumite frecvențe (125, 250 și 500 Hz) conductul auditiv extern și lanțul osicular, pentru frecvențele 500; 1000 și 2000 Hz stimularea osoasă trece de la os direct la urechea internă, dar inerția lanțului osicular intervine și ea. La testarea sunetelor superioare frecvenței de 2000 Hz conducerea sunetului se face de la os direct la urechea internă.

Testele audiometriei pe cale osoasă:

- detectarea pragului auditiv pe cale osoasă;
- bing audiometric - comparație între conducerea pe cale osoasă ureche neînfundată (C.O.R) transmisie osoasă relativă și ureche înfundată (C.O.A) conducere osoasă absolută. Se testează la 250, 500 și 1000 Hz.
- testul Weber audiometric se testează la frecvențele 250-8000 Hz (în normă Weber nu este lateralizat);
- testul Rinne audiometric este analog testului Rinne din acumetria instrumentală (în normă Rinne este *egal*, adică transmiterea pe cale aeriană este identică transiterii pe cale osoasă);
- Rinne din acumetria instrumentală se consideră în normă *pozitiv*, transmiterea pe cale aeriană este mai bună ca pe cale osoasă cu aprox. 15 sec.

Notă: audiometria tonală liminară se practică la adulți și la copii cu vârsta mai mare de 6-7 ani (în funcție de caz).

Audiometria tonală în câmp liber

Scopul audiometriei tonale în câmp liber este detectarea pragului minimal al audiției, la testarea cu sunete de diferite frecvențe emise în câmp liber.

Această metodă de examinare audiologică este aplicată doar în audiologia pediatrică și în protezarea auditivă (pentru evaluarea gain-ului protetic).

Spre deosebire de audiometria tonală cu căști, ea impune condiții și materiale de instalare particulare (difuzoare) pentru un control sonometric, care trebuie să corespundă cerințelor internaționale de examinare. De asemenea, e necesar un câmp acustic perfect liber, fără riscul de reverberație.

Audiometria vocală

Audiometria vocală este metoda de studiu al audiției ce folosește material fonetic (foneme, cuvinte, fraze). Este un examen global care testează o funcție socială, întrucât pune în evidență nu doar aparatul neurosenzorial al audiției, dar și inteligența, cultura și cunoașterea limbii de către persoana testată.

Scopul audiometriei vocale este estimarea pragului de inteligibilitate la persoana testată, permite confirmarea pragului audiometriei tonale și aprecierea capacităților subiectului testat de a înțelege vorbirea.

Materialele utilizate:

- logatom – element monosilabic (puțin utilizat în examenul clinic);
- liste de cuvinte monosilabice cu semnificație;

- liste de cuvinte bisilabice;
- liste de fraze.

Audiometria vocală poate fi realizată prin căști (testare aeriană), prin vibrator (testare osoasă) ori audiometrie tonală (în câmp liber). În toate cazurile se înregistrează curba de inteligibilitate. Pe lângă testele audiometriei vocale clasice, care necesită cunoștințe lingvistice, sunt teste care nu implică aceste cunoștințe, în cadrul lor pacientul repetă sunetul auzit fără ca acesta să aibă vreo semnificație.

Testele vocale specializate sunt utilizate mai frecvent în adaptarea protetică și în audiologia pediatrică:

- audiometria vocală filtrată (test descris de E.Bocca);
- audiometria vocală cu întrerupere periodică (E.Bocca, Miller și Leiklider);
- audiometria vocală cu viteză accelerată (Bocca și Calearo);
- audiometria verbo-tonală Guberina - testează fiecare bandă de octavă;
- testele: fonetic; fonetic cohlear; fonetic de integrare ș.a.

Evaluarea auzului la copii

Precocitatea diagnosticului surdității la copii este imperativă pentru a permite cât mai urgent recuperarea acestui defect. Reabilitarea precoce este indispensabilă în dezvoltarea proprietăților cognitive ale copilului surd, în achiziția vorbirii și a limbajului. **În audiologia pediatrică nu există o metodă unică de examinare pentru toate**

vârstele, diagnosticul fiind stabilit doar în baza unui examen audiologic complex bazat pe metode obiective și subiective.

Audiometria comportamentală

Termenul *audiometrie comportamentală* cuprinde toate testele bazate pe reacția copilului la un anumit stimul sonor. Fiind o metodă accesibilă care poate fi utilizată chiar din primele zile după naștere, este indispensabilă în diagnosticul surdității la copii.



Foto 3. Sistemul pentru audiometria comportamentală din primul cabinet de audiologie pentru copii (Spitalul Clinic Republican pentru Copii „Emilian Coțaga”, Chișinău, 1982)

Această metodă de testare a auzului este fundamentală în cadrul programelor screening propuse pentru diagnosticul surdității la copiii din grupele de risc. Testele audiometriei comportamentale diferă în funcție de vârsta copilului. La nou-născuți sunt studiate reflexele necondiționate la o stimulare sonoră, cum ar fi: reflexul Moro; reflexul cohleo-palpebral; cohleo-pupilar etc. În decursul primului an de viață reflexele la copil se instalează tot mai precise și devin mai mult condiționate, apar reacțiile de tipul „investigațieorientare”, îndreaptă privirea spre sursa sonoră, întoarce capul în direcția ei etc. De la vârsta de 10-12 luni poate fi utilizată audiometria comportamentală bazată pe reflexul de orientare condiționată, descris în Japonia în 1959 de cercetătorii Suzuki și Ogiba.

Diverse școli utilizează modificări ale acestui test, în funcție de starea generală a copilului și de starea vigilenței, care determină reacția comportamentală la acesta, întrucât controlul nivelurilor de vigilență și modulație a stărilor de atenție sunt asigurate de sistemele reticulare activatoare și inhibatoare ale trunchiului cerebral, diverse tulburări neurologice invocă un retard în reacția comportamentală la copil. Iată de ce testele audiometriei comportamentale sunt determinate în mare măsură nu atât de vârsta reală a copilului, cât de vârsta „dezvoltării psihomotrice și de comportament”, care nu întotdeauna corespunde vârstei reale a copilului. Termenul *psihomotric* exprimă relația dintre viața psihică (emoțională, cognitivă) și viața motorică (mișcare, atitudine) care sunt într-o constantă interacțiune.

De remarcat că, în perioada neonatală, cu ajutorul audiometriei comportamentale sunt diagnosticate numai surditățile severe și profunde, această metodă fiind pasivă

în cazurile surdității ușoare ori moderate și în caz de surditate unilaterală, deși acestea din urmă au un impact vădit în dezvoltarea ulterioară a copilului.

Audiometria comportamentală nu evidențiază tot timpul surditățile ușoare, moderate și unilaterale, ceea ce în sursele de literatură se explică prin faptul că audiometria comportamentală în perioada neonatală are drept caracteristică utilizarea intensității puternice de stimulare, care permite a testa numai „mecanismele pasive”, bazate pe mișcarea pasivă a membranelor bazilare și tectoriale ale organului Corti și nu implică celulele ciliare externe.

Audiometria comportamentală face posibilă evidențierea copiilor cu deficiențe de auz, fără a se stabili diagnoza definitivă. Astfel, reușita și fiabilitatea respectivei metode rezidă în aprecierea justă a posibilităților psihomotorice și de concentrare a copilului.

Reieșind din aceasta, unii autori estimează importanța audiometriei comportamentale nu numai în aprecierea stării auzului, ci și în determinarea nivelului psihologic și lingvistic al acestuia.

Impedansmetria

Impedansmetria în ultimii ani ocupă un loc tot mai important în desfășurarea examenului audiologic. Grație impedansmetriei, audiometria a avansat considerabil (*Foto 6*), făcând să dispară numeroase erori în stabilirea diagnosticului, îndeosebi la copiii de vârstă precocă, la copiii cu handicap motor și / sau intelectual asociat cu cel senzorial.



Foto 4. Primul impedansmetru în republică (Catedra de otorinolaringologie, laboratorul de audiologie, Spitalul Clinic Republican pentru Copii „Emilian Coțaga”, Chișinău, 1986)



Foto 5. Impedansmetria. Centrul republican funcțional de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică pentru copii și adulți (2002)

Comercializarea în prezent a diverselor tipuri de aparate, complet automatizate, fiind respectate condițiile de testare, permite efectuarea impedansmetriei la copii chiar din primele zile după naștere. Este de remarcat rolul decisiv al impedansmetriei în diagnosticul diferențial al unei surdități de transmisie de una de percepție, fără a fi necesară determinarea pragului auditiv în conducerea osoasă, lucru dificil de efectuat la copiii de vârstă precoce și la copiii necooperabili.

O valoare diagnostică considerabilă reprezintă următorul test al impedansmetriei – înregistrarea reflexului stapedian (RS). Posibilitatea de contracție a mușchiului stapedian determină înregistrarea reflexului stapedian. Pentru declanșarea sa, RS face să intervină mai multe structuri – fibrele nervului cohlear, nervul facial ș.a. Aceste momente definesc interesul pentru respectivul test în studierea funcției neurosenzoriale și a explorării nervului facial.

Reieșind din particularitățile sistemului nervos central, unii autori susțin că înregistrarea sistematică a reflexului stapedian în bilanțul audiometric la copii poate fi efectuat de la 6 luni, practica noastră, a specialiștilor din cadrul Centrului de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică, a demonstrat însă posibilitatea înregistrării RS la copii chiar din primele luni de viață și importanța diagnostică a testului în explorarea organului auditiv. Unele școli propun un calcul previzional al deficienței de auz în baza valorii pragale a reflexului stapedian. Părerile autorilor sunt însă contradictorii referitor la această latură a reflexometriei. Experiența noastră ne permite să concluzionăm că nu putem reduce testul de înregistrare a RS la o metodă de audiometrie obiectivă doar în baza pragului reflexului stapedian, or, această metodă nu ne

permite să evaluăm nivelul real al audiției la copil. Prezența reflexului stapedian la copii exclude prezența unei surdități profunde bilaterale, pe când lipsa RS nu întotdeauna indică o surditate.

De remarcat este utilitatea diagnostică a reflexului stapedian în cazurile surdității de transmisie. Astfel, putem menționa absența RS, ori majorarea valorii pragale ale acestuia în caz de afectare a urechii medii cu surditate de transmisie ≥ 30 dB, ori posibilitatea înregistrării reflexului stapedian cu o amplitudine mică în cazurile surdității de transmisie ușoară și moderată, prezența reflexului stapedian în cazul unei surdități de transmisie severă ori profundă pune la îndoială rezultatele audiogramei.

Așadar, impedansmetria și înregistrarea reflexului stapedian în evaluarea funcției auditive au un rol important în diagnosticul diferențial al surdității la copii.

Otoemisiile acustice

După descoperirea de către D. Kemp în 1978 a otoemisiilor acustice (OEA) și după parcurgerea diverselor etape de studiere, cele din urmă și-au găsit aplicare în practica clinică și anume în audiologia pediatrică. Progresul fiziologiei demonstrează că OEA își găsesc geneza în mecanismele active ale celulelor ciliare externe ale organului Corti. Otoemisiile acustice pot fi spontane, care sunt prezente în absența oricărei stimulări sonore, ori provocate, ce apar ca răspuns la un stimul sonor. Otoemisiile spontane sunt prezente în cazurile audiției normale, mai des sunt constatate la copii decât la maturi, lipsa lor însă nu permite să facem concluzii despre starea auzului, de aceea ele nu

sunt folosite pe larg în practica curentă.

Principala caracteristică a otoemisiilor acustice provocate (OEAP) este prezența lor în toate cazurile de auz normal. Însă vârsta pare a fi un factor important în declanșarea OEA. Mai multe studii au arătat că prezența OEAP la adulți se diminuează odată cu înaintarea în vârstă, fapt determinat de pierderea celulelor ciliare externe. Posibilitățile de înregistrare a OEA la copii nu sunt determinate de vârsta acestora. Otoemisiile provocate nu sunt emise de către cohlee în cazul unei surdități de percepție endocohleară superioară frecvenței de 30 dB, cauza surdității nu modifică această regulă.

Experiența noastră remarcă posibilitatea înregistrării OEAP la copii în primele luni de viață (*Foto 6*). Absența OEA în caz de auz normal și ureche sănătoasă este determinată ori de o problemă tehnică, ori de o variație a presiunii între conductul auditiv extern și căsuța timpanică. Posibilitatea înregistrării OEAP la nou-născuți în prima zi după naștere cu o sensibilitate satisfăcătoare a definit metoda dată drept una obiectivă, neinvazivă și rapidă în programele de screening-audiologic al nou-născuților.



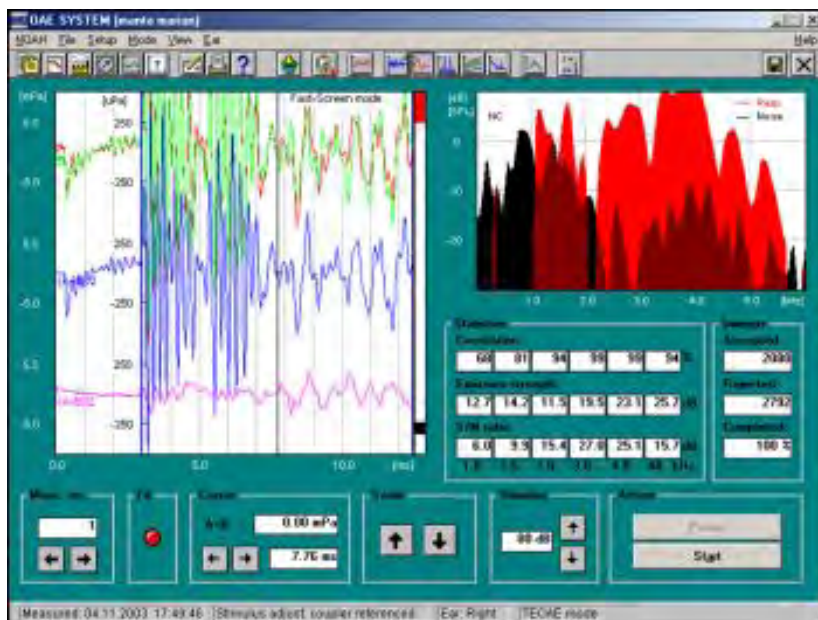


Foto 6. Testarea auzului prin metoda de înregistrare a otoemisiilor acustice și produsele de distorsiune acustică (utilaj din Proiectul susținut de Fundația Orange Moldova).

Înregistrarea OEAP prezintă un mare interes clinic în depistarea surdității la copii, metoda respectivă însă este lipsită de selectivitate de frecvență. Această insuficiență a stat la baza cercetării și desfășurării unei noi metode de înregistrare a OEAP și anume înregistrarea produselor de distorsiune acustică (PDA).

PDA constituie al treilea tip de otoemisii acustice și reprezintă emisii acustice cohleare evocate de o stimulare cu două sunete pure (F_1 și F_2), numite frecvențe primare, care generează producerea de către ureche a unei combinații frecvențiale a F_1 și F_2 numite „produse de distorsiune”. Mecanismele generatoare de PDA nu sunt pînă la urmă bine definite. Unii autori consideră că un produs de distorsiune prezent nu reflectă decât o parte extrem de specifică și precisă a participării cohleare situate la nivelul mediei geometrice a frecvențelor primare (F_1 și F_2). Cel mai frecvent sunt studiate produsele de distorsiune acustică de tipul $2 F_1 - F_2$, care sunt mai sensibile la patologia cohleară.

Apariția utilajului necesar pentru înregistrarea PDA datează cu anul 1991, actualmente această metodă fiind în plină desfășurare. În cadrul Centrului de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică metoda dată de examinare este folosită pe larg în examenul audiologic din anul 1997. În 2011, Fundația ORANGE-Moldova a susținut Proiectul de dotare a Centrului de audiologie cu utilaj performant pentru audiometria obiectivă, ceea ce permite înregistrarea otoemisiilor acustice spontane, provocate și a produselor de distorsiune acustică.

Pentru screening este studiată prezența ori absența produselor de distorsiune acustică care este testată

prin înregistrarea *audiogramei PDA*. Acest test constă în înregistrarea PDA în funcție de schimbarea frecvențelor primare, păstrând constant raportul F_2 / F_1 și raportul intensităților primare la fel constant. PDA sunt absente în cazurile când pierderea de auz în regiunea frecvențelor testate este mai mare de 35-45 dB.

Experiența ne permite să menționăm valoarea diagnostică a PDA în explorarea funcției auditive la copii, reieșind din caracterul lor obiectiv și specificul frecvențial, îndeosebi posibilitatea testării frecvențelor joase, fapt important în diagnosticul diferențial al surdității la copii de vârstă precoce.

Potențialele evocate auditiv ale trunchiului cerebral în audiologia pediatrică

Până în prezent cea mai importantă metodă de apreciere calitativă și cantitativă a pierderii de auz rămâne a fi audiometria tonală liminară, întrucât doar audiometria subiectivă permite evaluarea relației între sunet și senzații auditive, fapt ce poate fi realizat mai mult sau mai puțin ușor la copii de la vârsta de 6 - 7 ani.

În audiologia pediatrică, pentru evaluarea obiectivă a auzului sunt folosite pe larg potențialele evocate auditiv (vezi Foto 7, 8), care iau naștere la diferite niveluri ale analizatorului auditiv ca răspuns la o stimulare acustică și conțin informații obiective despre starea fiecărei porțiuni a acestuia.

Foto 7, 8. Testarea auzului prin metoda de înregistrare a potențialelor auditive



Diverse tipuri de potențiale pot fi înregistrate, însă o aplicare mai largă o au potențialele evocate auditiv ale trunchiului cerebral (PEATC), reieșind din caracterul lor obiectiv și din faptul că nu sunt influențate de starea de somn fiziologic ori indus, ceea ce permite înregistrarea lor chiar sub anestezie generală, moment necesar la examinarea copiilor de vârstă precoce și la copiii necooperabili.

PEATC permit realizarea unui studiu cantitativ și calitativ al deficienței de auz, fapt ce determină rolul PEATC ca examen de referință în diagnosticul surdității la copii de vârstă precoce. Investigațiile în domeniu au demonstrat sensibilitatea înaltă a acestei metode de evaluare a funcției auditive, ceea ce permite diagnosticul chiar al unei surdități ușoare, determinată de o otită medie.

Studiind importanța PEATC în diagnosticul surdității la copiii de vârstă precoce, cercetările efectuate la Catedra Otorinolaringologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, am constatat o sensibilitate 100% și o specificitate de 97,3% la utilizarea pragului de stimulare de 30 dB. Am remarcat o bună corelație între pragul auditiv obținut prin înregistrarea PEATC și pragul subiectiv, deși discordanța este inevitabilă, acceptăm o divergență de 10 ± 13 dB.

Experiența noastră în folosirea potențialelor evocate auditiv în audiologia pediatrică pune în evidență o ridicare secundară a pragului auditiv la copiii prematuri pe care o explicăm prin maturitatea incompletă a sistemului auditiv, care în perioada de dezvoltare diminuează. Această cauză determină numărul mare al rezultatelor fals pozitive la screening-ul auzului în baza înregistrării PEATC. O ridicare a pragului auditiv la prematuri

este definită nu doar de maturitatea incompletă a sistemului auditiv, ci de otitele frecvent răspândite la această categorie de copii.

De menționat că diverse tulburări neurologice pot fi cauza unei ridicări a valorii pragale, determinată în baza înregistrării PEATC. Problemele neurologice neonatale sporesc riscul surdității, dar și riscul afectării trunchiului cerebral și, în asemenea cazuri, pragul PEATC nu întotdeauna reflectă valoarea audiției, de aceea este recomandat examenul repetat.

O altă limită a PEATC în explorarea surdității la copii rezidă în specificul frecvențial, întrucât această metodă are o selectivitate de frecvență ce permite estimarea unei pierderi de auz numai pentru frecvențele înalte (esențial cuprinse între 2000 Hz și 4000 Hz), explorarea frecvențelor joase nu este realizabilă prin această metodă.

Confruntând rezultatele obținute la înregistrarea PEATC cu cele de la audiometria tonală clasică, am constatat că PEATC sunt puțin informative în cazurile surdităților profunde, întrucât un traseu plat nu relevă starea auzului la copil. Produsele de distorsiune acustică și audiometria comportamentală au permis evidențierea unei anumite audiții la frecvențele joase, moment important pentru protezarea auditivă.

În cazurile de surditate tip transmisie, PEATC relevă o ridicare a pragului auditiv cu o prelungire a latenței pentru unda I, care din cauza obstacolului de la nivelul urechii medii apare cu întârziere. În caz de surditate tip percepție cu o deficiență de auz predominantă la frecvențele înalte, latența undelor se mărește, dacă pierderea de auz este importantă, unda

Îl este puțin vizibilă ori chiar absentă. Însă posibilitățile diagnosticului diferențial între surditatea de transmisie, cea de percepție și surditatea mixtă în baza înregistrării PEATC rămân până în prezent obiect de discuție. Trebuie remarcată dificultatea unui diagnostic diferențial al surdității la copii doar în baza înregistrării potențialelor evocate auditiv, deoarece un asemenea traseu poate fi explicația unei surdități de transmisie ori mixte, sau a unei afecțiuni centrale.

De asemenea, posibilitățile PEATC în diagnosticul surdității unilaterale la copii sunt limitate. Nu întotdeauna surditatea asimetrică poate fi estimată cu ajutorul PEATC, întrucât este suficientă o diferență de 10 dB între ambele urechi la frecvențele înalte ca PEATC să nu se înregistreze chiar la 100 dB, totuși anume potențialele auditive joacă un rol fundamental în diagnosticul surdității unilaterale la copiii de vârstă mică și copiii necooperabili, pentru soluționarea acestei probleme este folosită mascarea urechii opuse.

Astfel, după cum relevă experiența noastră, un diagnostic precoce, diferențial și corect la copii poate fi efectuat doar în baza unui examen complex, bazat pe metode subiective și obiective de examinare a auzului.

Surditatea la copii și consecințele ei

Surditatea la copii reprezintă un defect grav, reieșind din consecințele sale considerabile asupra dezvoltării ulterioare a copilului. După cum afirmă pedagogia, toți copiii sunt talentați, având un minunat spirit de observație și o memorie fenomenală, trebuie doar la timp observate și dezvoltate capacitățile lor. Toate acestea necesită o permanentă comunicare, informare, atât vizuală cât și auditivă, care îi permit copilului să-și creeze

o viziune despre lumea înconjurătoare. Auzul contribuie nu numai la o reflectare mai amplă a realității din jur, dar are un rol important și în achiziționarea limbajului, așa cum auzul și vorbirea determină relațiile dintre oameni – comunicarea.

Dezvoltarea intelectuală este posibilă prin intermediul vorbirii. Achiziția vorbirii, care are loc sub controlul auzului, stă la baza dezvoltării gândirii și formării intelectual-psiho-logice a copilului. Prin urmare, lumea sunetelor constituie o necesitate vitală nu numai din punct de vedere fiziologic, ci și social.

Consecințele surdității sunt cu atât mai grave, cu cât mai devreme surditatea afectează copilul. Ca și toate centrele superioare, centrele auditive nu se dezvoltă, decât în măsura în care primesc, chiar de la naștere, impulsuri sonore, în caz contrar ele rămân absolut virtuale. La copilul neauzitor nu se formează automatismele nervoase necesare limbajului, deși are aceleași posibilități intelectuale și psiho-motrice buco-faringo-laringiene ca și copilul auzitor, întrucât el nu aude ca să reproducă sunete articulate. Copilul nu începe a vorbi decât prin imitație sonoră, după perioada de gângurire apar primele cuvinte, apoi substantive concrete, apoi verbe și pe urmă fraze ce exprimă un sentiment ori o dorință.

Defectele de vorbire la copilul surd sunt cu atât mai grave, cu cât mai precoce s-a instalat surditatea, ori este congenitală. În funcție de momentul instalării acesteia în raport cu apariția vorbirii, unii autori disting trei categorii de surditate: pre-; peri- și postlinguală.

La copiii cu surditate peri- și postlinguală, care au deja o memorie auditivă, se poate evita regresia în vorbire cu ajutorul unei educații speciale și al unei susțineri ortofonice, în ceea ce

privește surditatea prelinguală, este dificil a structura o vorbire în absența informației auditive, căci fără o reabilitare ortofonică specială copilul va fi mut.

Copilul cu surditate congenitală profundă, neavând posibilitatea de a controla emisiile vocale proprii, intensitatea, timbrul și calitățile acustice, va înceta a gânduri, iar mai târziu, când va crește, va aprecia mediocritatea calității vocii sale, fapt ce poate determina deseori perturbări psihologice. Surditatea este un factor cu impact asupra dezvoltării psihologice, fragilizând-o constant, și un factor specific în măsura în care ea califică formele expresive de tulburări.

Copilul cu deficiențe de auz nu-și poate forma și dezvolta gândirea conceptuală, întrucât audiția este suportul unei anumite forme de gândire. Cu toate acestea, este cert că nu există categorie psihopatologică specială proprie surzilor, căci nu există „personalitate de surd”, ci sunt persoane cu deficiențe de auz.

Copilul neauzitor, trăind într-un mediu socio-cultural creat și dirijat de oamenii auzitori, se simte izolat prin deficiența sa, el are un sentiment de însingurare, evenimentele la care asistă, neavând o reprezentare senzorial auditivă, i se par incorecte, de neînțeles, străine și ostile. Surditatea la copil va fi responsabilă, pe de o parte, de sentimentul de izolare al acestuia, pe de altă parte, ca handicap, va fi responsabilă de o limitare în activitățile lui.

Până nu demult se considera greșit că surditatea unilaterală la copil nu are consecințe asupra dezvoltării acestuia. Experiența noastră relevă că o surditate unilaterală totală poate antrena dificultăți în comunicare, în școlarizare și chiar tulburări psihologice.

Anual, în lume mii de copii sunt diagnosticați cu diferite forme de surditate și numărul lor, din păcate, nu are tendințe de micșorare. Deci, surditatea senzoroneurală rămâne a fi o patologie extrem de frecventă.

Incidența handicapului dat, conform datelor statistice, rămâne a fi destul de răspândită și diferă de la o sursă la alta. În țările dezvoltate, este acceptată părerea că 1 copil la 1000 este afectat de surditate la naștere și 1 la 1000 în primii ani de viață. Aceste date nu privesc decât surditățile bilaterale și severe (pierderea de auz fiind mai mare de 50-60 dB), însă criteriile Organizației Mondiale a Sănătății estimează existența deteriorării auditivei cu impact social odată ce pragurile auditive depășesc 25 dB pe frecvențele 500 Hz, 1000 Hz și 2000 Hz. Conform datelor statistice furnizate de National Institute of Deafness and other Communications Disorders (NIDCD) surditatea se întâlnește în 1-3 cazuri la 1000 nou-născuți sănătoși și în 2-4 cazuri la 100 nou-născuți internați în secțiile de terapie intensivă neonatală. Prevalența surdității neonatale crește de 10-50 de ori la nou-născuții cu factori de risc. Din 10 nou-născuți cu surditate congenitală 9 provin din familii unde părinții suferă de acest handicap. Mai multe surse de literatură relevă că un copil la 1000 se naște cu surditate și unul la 1000 achiziționează surditatea în perioada copilăriei. Incidența surdității este de 60 ori mai mare decât incidența afecțiunilor metabolice congenitale pentru care există în prezent un program de screening universal, cum ar fi, de exemplu fenilcetonuria – incidența 1/20000 nou-născuți vii.

În prezent, în Republica Moldova, la Centrul de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică sunt monitorizați peste 1400 de copii cu diferite forme ale surdității, vârsta acestora fiind cuprinsă între 0-18 ani.

Cauzele surdității sensoroneurale la copii și factorii de risc

Diagnosticul etiologic cu o exactitate maximă posibilă este esențial în problema surdității la copii. Numeroase cercetări referitoare la etiologia surdității sensoroneurale la copii au permis a identifica un șir de factori care, acționând la diferite etape pre-, intra-, postnatale, contribuie la apariția surdității. Unii autori clasează surditatea în două grupe: surditate ereditară genetică și surditate achiziționată, ori surditate congenitală și surditate achiziționată, alăturând surditatea genetică la cea congenitală.

Diagnosticul etiologic al surdității sensoroneurale la copii, fiind un diagnostic retrospectiv, nu cuprinde toate aspectele etiologice, ceea ce deseori face dificilă sau chiar imposibilă determinarea cauzei surdității.

În literatura de specialitate surditatea sensoroneurală de etiologie necunoscută este estimată de la 12% până la 20%. Necunoașterea etiologiei surdității sensoroneurale la copil este o sursă suplimentară de neliniște și nesiguranță pentru părinții acestuia, referitor la generațiile viitoare.

Realizările de ultimă oră din domeniul geneticii moleculare invocă că în viitorul apropiat multe momente în surditățile cu etiologie necunoscută își vor găsi explicația. Acest fapt însă nu va limita rolul datelor anamnestice referitor la antecedente familiale de surditate, analiza minuțioasă a evoluției sarcinii și nașterii, cât și a perioadei de viață până la momentul diagnosticului.

Orice afecțiune intervenită la mamă în timpul sarcinii poate fi cauză posibilă a unei surdități la copil. Îndeosebi grave

pentru analizatorul auditiv sunt afectările intervenite în urma acțiunii agentului patogen în primele trei luni ale gravidității, în particular între 7-10 săptămâni în momentul dezvoltării urechii interne. Surditățile intervenite în această perioadă sunt deseori severe ori profunde. Afectiunile intervenite în a doua jumătate a sarcinii nu implică în general malformații majore, întrucât organul auditiv este deja format, dar urechea internă rămâne fragilă la diverse agresii, intoxicații medicamentoase, intoxicații alcoolice, nefropatia gravidelor, boli infecțioase etc.

Impactul bolilor infecțioase (citomegalovirusul, rubeola, toxoplasmoza, sifilisul etc.) suportate de către mamă în timpul sarcinii în apariția surdității la copii este relevantă de un șir de savanți în studiile lor. Bolile infecțioase congenitale pot determina un tablou sever, nespecific, asociind surditatea cu diverse tulburări neurologice, malformații cardiace, hepatomegalie etc. Pronosticul surdității intervenite în urma acestor maladii este sumbru, nefavorabil, întrucât surditatea poate progresa pe parcursul vieții.

De menționat că programele de vaccinare, inițiate în ultimii ani, au redus substanțial cazurile de surditate intervenită în urma rubeolei.

Un moment etiologic nu mai puțin important în apariția surdității la copil sunt preparatele ototoxice utilizate în timpul gravidității, care provoacă o distrucție a celulelor ciliare externe apoi interne la făt.

Numeroase surse din literatura de specialitate menționează rolul hiperbilirubinemiei în apariția surdității la copil. Unii autori în patogenia surdității îi atribuie locul principal hiperbilirubinemiei intervenite în urma incompatibilității

sangvine după factorul Rh, menționând că celelalte cauze – incompatibilitatea ABO, maladia hemoragică, imaturitatea hepatică – sunt mai puțin implicate în apariția surdității. Deși există studii vaste referitor la efectul toxic al hiperbilirubinemiei asupra analizatorului auditiv, până în prezent nu este cunoscut pragul bilirubinei de la care acesta devine ototoxic pentru copil. Surditatea intervenită în urma acestei cauze este bilaterală asimetrică predominantă la frecvențele înalte, deseori asociată cu diverse tulburări din partea sistemului nervos central.

Cauzele din perioada intranatală, care pot provoca o surditate la copil, sunt estimate de la 7-10%. Traumatismul obstetrical determinat, de obicei, de intervenții suplimentare în timpul nașterii (instrumente obstetricale, forceps etc.) în cazurile de disproporție între dimensiunile bazinului și a fătului, ori poziție anormală a acestuia, poate fi o cauză a unei surdități la copil, intervenite în urma diverselor hemoragii. Deficiența de auz în asemenea situații poartă un caracter senzoroneural asimetric.

Asfixia perinatală drept cauză a surdității la copii este demonstrată în numeroase studii, ea poate provoca multiple disfuncții organice și funcționale, dereglarea metabolismului, homeostazei. Reieșind din consecințele pe care le are asupra analizatorului auditiv, asfixia este inclusă în lista „celor 7 factori de risc în apariția surdității” propusă de Academia Americană de Pediatrie. Leziunile, intervenite în urma asfixiei, nu sunt întotdeauna localizate în urechea internă: asfixia poate antrena un tablou al unei encefalopatii mai mult ori mai puțin severe. Unul la o sută din copiii cu patologii neonatale grave, cu tulburări neurologice, sunt purtători de secheli senzoroneurale auditive.

Cercetările referitoare la prematuritate evidențiază incidența

mărită a surdității sensoroneurale la această categorie de copii, spre deosebire de cei născuți la termen. Prematuritatea însă nu poate fi cauză a surdității decât numai în asociere cu alți factori nefavorabili (hipoxie, acidoză, zgomotul chiuvetei etc.).

Cauzele din perioada postnatală care contribuie la apariția surdității sensoroneurale sunt cele mai diverse. Surditatea intervenită în urma bolilor infecțioase suportate de către copil rămâne a fi destul de răspândită. Cea mai frecventă este surditatea în urma meningitei. Pronosticul acestei surdități este agravat de asocierea tulburărilor neurologice, uneori destul de grave. Surditatea poate apărea în primele 10 zile după meningită, fiind bilaterală, în unele cazuri asimetrică, severă sau profundă, ori poate progresa treptat, chiar la 6 luni după meningită.

Efectul preparatelor ototoxice în apariția surdității la copil este indiscutabil. Ototoxicitatea preparatelor este destul de importantă pentru prematuri, nou-născuții și copiii cu imunitate slăbită, riscul surdității în urma administrării preparatelor ototoxice fiind mai mare la copiii cu diverse patologii ale sistemului nervos central.

Rolul bolilor alergice în instalarea surdității la copil poate fi determinat de edemul labirintului, care aduce ca urmare la dereglări de metabolism și hipoxie în receptorii auditivi. Traumatismul cranio-cerebral, fiind o cauză a diverselor hemoragii, poate fi responsabil de o surditate sensoroneurală la copil, de cele mai dese ori asimetrică.

Cât privește traumatismul acustic, acesta de asemenea există la copii ca rezultat al exploziilor de petarde, muzică rok la intensități puternice. Tot mai frecvent se vorbește de o

„îmbătrânire prematură a auzului” la tinerii care sunt supuși expunerii exagerate la zgomot, cum ar fi utilizarea de durată a căștilor, cluburi de noapte ș.a.

Evidențierea factorilor ce contribuie la apariția surdității la copil nu permite însă a determina în toate situațiile cauzele surdității, unul și același factor nu în toate cazurile poate declanșa surdități senzoroneurale.

Cauzele descrise mai sus sunt responsabile numai în 25% din cazuri de surditate la copii (și acestea sunt în descreștere pentru țările înalt dezvoltate), pe când formele genetice ale surdității constituieaproximativ $\frac{3}{4}$ din surditățile senzoroneurale la copii.

Din cele menționate anterior, putem evidenția următorii factori de risc în surditatea copilului:

- antecedente familiare cu surditate ereditară;
- infecții: citomegalovirus, toxoplasmoza, herpes, rubeola, sifilis;
- intoxicație la mamă în timpul sarcinii (alcoolică, toxică, chimică etc.);
- boli infecțioase și virotice suportate de către mamă în timpul sarcinii (rubeola, varicela, gripa, herpes, citomegalovirus, sifilis, toxoplazmoza etc.);
- administrarea preparatelor ototoxice mamei în timpul sarcinii;
- nașterea patologică;
- asfixia nou-născutului;
- indicele Apgar 0-6, timp de 5 minute;

- vârsta gestațională < 36 săptămâni și / sau greutate la naștere < 1500 gr. ;
- îngrijire intensivă neonatală mai mult de 5 zile;
- medicație ototoxică la nou-născut;
- transfuzie a derivatelor de sânge (a se vedea referințele curbe) (hiperbilirubinemie, Rhesus incompatibilitate);
- asistat de ventilație dirijată pentru 24 de ore sau mai mult;
- malformații cap, gât și prin extensie orice malformație sindrom asociat cu pierderea auzului;
- boli neurologice la nou-născuți;
- boli endocrine la nou-născuți (patologie tiroidiană).

Reabilitarea protetică a auzului

Reabilitarea deficiențelor de auz are ca scop restabilirea totală ori parțială a funcției auditive, îmbunătățirea transmiterii informației auditive pentru dezvoltarea vorbirii, îmbunătățirea comunicării ș.a. Progresul din domeniul fizicii, acusticii, fiziologiei, farmacologiei, medicinei au adus un aport considerabil în procesul de reabilitare a surdității.

Tipurile de reabilitare a deficiențelor de auz sunt:

- reabilitarea medicală;
- reabilitarea protetică;
- reabilitarea psihologică;

- reabilitarea pedagogică.

Metodele de reabilitare medicală pot fi divizate în:

- metode chirurgicale;
- metode terapeutice (medicamentoase);
- metode protetice (protezare auditivă, implant cohlear).

Tratamentul chirurgical al deficiențelor de auz este folosit în cazul patologiilor urechii externe ori / și urechii medii, când în procesul patologic este implicat segmentul de transmisie a sunetului (de exemplu, în cazul anomaliilor congenitale ale urechii, otitele medii cronice, otospongioza ș.a.).

Tratamentul medicamentos al deficiențelor de auz este folosit în patologiile inflamatorii și neinflamatorii ale urechii externe, medii și urechii interne. Cea mai frecventă patologie a urechii externe care implică o deficiență de auz este dopul de cerumen, după înlăturarea căruia auzul se restabilește. Din patologiile urechii medii însoțite de deficiența de auz, care se supun bine tratamentului medicamentos sunt otitele medii (otita medie acută, otita seromucoasă, catarul tubotimpanic ș.a.). Deficiențele de auz în urma patologiei urechii interne, care se supun tratamentului medicamentos, sunt surditățile brusc instalate.

Reabilitarea protetică presupune nu doar un aspect medical, dar și cel psihoacustic, deși aceste două discipline au metode diferite, obiectivele lor sunt comune. Scopul de bază constă în a transforma stimulul și esențial mesajul vocal, folosind „restul receptorului auditiv”, rămas funcțional în așa fel, ca în forma sa nouă, acesta din urmă să restaureze ori să amelioreze comunicarea.

Istoria reabilitării electroacustice a auzului începe în anul 1876, când A. Graham Bell inventează primul amplificator electric pentru surzi, care era alcătuit dintr-un microfon din granule de cărbune, alimentat cu o pilă electrică și legat cu un cablu de un receptor telefonic. În 1932, Lieber folosește primul vibrator pentru calea osoasă (calea mastoidiană). Laboratoarele Bell Telephone (SUA) descoperă, în 1948, tranzistorul cu germanium, care va fi utilizat ulterior în protezarea auditivă. Timp de mai mult de un secol, dispozitivele auditive au evoluat considerabil ca formă, dimensiuni, model, caracteristici electroacustice etc.

Dispozitivele pentru reabilitarea protetică a auzului, deși sunt diferite, au caracteristici comune definite de:

- stimularea sistemului auditiv pentru restabilirea comunicării audio-fonatorii;
- transformarea sunetelor și îndeosebi a vorbirii, în mesaj, capabil a provoca o senzație auditivă care, având suficientă informație, va restabili ori facilita relația dintre neauzitor cu lumea din jur.

Dispozitivele folosite pentru reabilitarea protetică în funcție de natura stimulării se împart în:

- sisteme de stimulare electrică (implantul cohlear, implantul trunchiului cerebral);
- sisteme de stimulare acustico-mecanică (protezele cu vibratoare externe ori implantabile);
- sisteme cu stimulare acustică (amplificatoarele și protezele auditive cu conducere aeriană).

Protezarea auditivă

În limbajul cotidian termenul *proteză auditivă* (aparat auditiv) înseamnă un aparat miniatural, eliberat de audioprotezist și destinat pentru a restabili audição la persoanele cu deficiență de auz.

Definiția unei proteze auditive regăsită în literatura de specialitate și documentele oficiale este următoarea: „ansamblu electronic, electroacustic și mecanic miniatural care captează, adaptează și amplifică semnalele acustice și permite o corecție auditivă a persoanelor cu deficiențe de auz”.

O definiție mai largă adoptată de Comisia Națională de Omologare (Christian Gelis, Franța) îl determină drept „aparat de reabilitare auditivă, dispozitiv activ destinat să amelioreze, corijeze ori să reabiliteze deficiențele de auz prin adaptare specifică, apropiată capacităților de percepție și toleranță”.

Actualmente, progresul tehnologic și realizările în domeniul protezării auditive sunt considerabile. Cu toate acestea, elementele de bază ale aparatelor auditive rămân a fi: microfonul, amplificatorul și telefonul, iar celelalte componente diferă, în funcție de tip și model.

După model se deosebesc trei categorii de aparate auditive:

- IIC (*invisible-in-the-canal*), care folosesc tehnologii de ultimă generație și sunt personalizate, introduse în conductul auditiv; sunt recomandate în cazurile de pierdere ușoară a auzului, reieșind din dimensiunile mici care reduc puterea de amplificate a sunetului.
- Intraauriculare ITE (*in-the-ear*), montate fie în toată

conha, ori demi conha (conductul auditiv extern); sunt adecvate pentru surditate ușoară, moderată și mai puțin în cazurile de surditate severă (de asemenea, din motiv de amplificare redusă).

- Retroauriculare BTE (behind-the-ear), care se fixează în spatele urechii și se conectează printr-un tub transparent la olivă, menită să conducă sunetul direct prin canalul auditiv extern. Acest model este recomandat în toate formele de surditate.



Foto 9. Modele de aparate auditive

Protezele auditive, reieșind din metoda de prelucrare a semnalului sonor, se împart în: **digitale și analoge**. În aparatele auditive tip digital (numeric) pentru prelucrarea matematică a semnalului sunt utilizate tehnologii avansate, computerizate care, înlăturând zgomotele, permit programarea aparatului individual după nivelul pierderii de

auz pe scara frecvențială.

Aparatele auditive digitale au prioritatea de a controla mai bine semnalul sonor, permit un spectru mare și variabil de reglare și se adaptează ușor la schimbările din mediul sonor, asigurând un sunet curat și confortabil persoanelor care le poartă. Aparatele digitale pot fi de toate trei modele: IIC (*invisible-in-the-canal*), Intraauriculare ITE (*in-the-ear*) și Retroauriculare BTE (*behind-the-ear*).

Aparatele auditive tip analog, practic nu mai sunt folosite în protezarea auditivă, cedând locul celor digitale, întrucât ele doar amplifică semnalul sonor, fără a-l transforma și nu oferă o amplificare selectivă, individuală, nu dispun de reglaj computerizat etc.

O variantă intermediară între cele de tip analog și tip digital sunt așa-numitele aparate **programabile**, care pot fi reglate cu ajutorul unor programe computerizate speciale, ele însă nu realizează o prelucrare matematică a semnalului, acesta fiind doar filtrat și amplificat.

În prezent companiile principale, producătoare de proteze auditive sunt orientate doar spre proteze auditive digitale ori programabile (*Foto 9*).

Ca orice terapie, protezarea auditivă are limitele ei. Medicul ORL-audiolog, în baza unui examen complex, va stabili indicațiile pentru protezare auditivă sau contraindicațiile, dacă acestea există.

Sunt considerate indicații:

- deficiența de auz la ambele urechi de 35-40 dB și mai mult pe intervalul frecvențelor zonei vorbirii 500 Hz-2000 Hz (după K. Bergher);

- epuizarea procedeeilor terapeutice (medicamentos, chirurgical) de vindecare a afecțiunii ce a adus la scăderea auzului.

Contraindicații:

- afecțiunile inflamatorii ale urechii (în cazurile de protezare aeriană);
- insuficiența cardiovasculară severă (perioada de 3 luni după infarct miocardic);
- ictus cerebral (perioada acută);
- surditate idiopatică brusc instalată;
- tumorile cerebrale benigne, maligne;
- ateroscleroza cerebrală avansată;
- fenomenul Tulio (aparitia vertijului la acțiunea zgomotului);
- tulburări psihice grave.

Indiscutabil, protezarea auditivă ca metodă de bază în reabilitarea protetică are un șir de beneficii, dar este important de conștientizat că aparatele auditive, chiar cele mai performante, nu restituie „auzul normal” (fiziologic). Particularitățile organismului și ale structurilor anatomice implicate în audiere sunt doar unele aspecte care explică complexitatea procesului de protezare auditivă, care are unele dificultăți și inconveniente.

Beneficii ale protezării auditive ar fi:

- creșterea nivelului auditiv (mono-și-binaural);

- sporirea performanțelor profesionale oferind un confort auditiv;
- contribuția la dezvoltarea vorbirii și a memoriei auditive la copii;
- schimbări benefice în structurile psihologice;
- îmbunătățirea calității vieții.

Dificultățile protezării auditive sunt definite de:

- prezența acufenelor intense, vertij;
- prezența recruitment-ului;
- surditatea fluctuantă (boala Menier);
- surditatea profundă (peste 90 dB);
- surditatea bilaterală asimetrică.

Inconvenientele protezării auditive se întâlnesc mai ales la începutul utilizării aparatului auditiv și au un caracter subiectiv, cum ar fi:

- pacienții acuză rezonanță neplăcută a vocii, zgomote parazitare (aceste momente dispar în procesul de adaptare la proteză);
- în cazurile de protezare monaurală suferă localizarea sursei sonore, orientarea în spațiu;
- afecțiuni ale urechii ori mici traumatisme produse de olivă (în cazurile de olive prost adaptate ori de folosire a olivelor fabricate din material plastic colorat – ca reacție alergică ș.a.);

- intoleranță din partea urechii interne definite de zgomote parazitare, acufene, distorsiuni dezagreabile, hiperacuzie dureroasă, tulburări de echilibru (în aceste cazuri se renunță la proteză).

Reabilitarea protetică implică o echipă multidisciplinară de specialiști, astfel și reușita ei depinde de numeroși factori pe care am putea să-i clasificăm după cum urmează:

- **tehnici** – caracteristicile și performanțele utilajului ori dispozitivelor folosite, fiabilitatea sistemului, prelucrarea stimulului, cantitatea și calitatea informației transmise ș.a.;
- **medicali** – diagnostic precoce, diagnostic topografic, diagnostic complex;
- **individuali** – definiții de capacitatea perceptivă, plasticitatea cerebrală, motivație personală a pacientului cu probleme de auz;
- **profesionali** – competență profesională a echipei de specialiști implicați în actul de protezare (medic ORL-audiolog, audioprotezist, logoped, psiholog ș.a.).

După alegerea individuală a protezei auditive urmează perioada de adaptare. Anume acum este foarte importantă motivația și perseverența pacientului ori a familiei în cazul copilului cu surditate. De asemenea, vor fi semnalate și discutate cu specialistul toate dificultățile de percepere a anumitor sunete, aceste aspecte sunt necesare în aprecierea parametrilor amplitudine-frecvență specifici aparatului auditiv, care necesită corecții.

Momentele asupra cărora purtătorii de proteze trebuie să

atragă atenție în perioada de acomodare ar fi:

- deslușirea și claritatea vorbirii în diferite medii (liniște, mediu zgomotos, săli de conferințe, în stradă ș.a.);
- perceperea și deslușirea sunetelor (vocea proprie, muzica, zgomotul mediului ambiant);
- lipsa feedback-ului acustic (șuieratul) în aparatul auditiv;
- confortul olivei individuale;
- stare de oboseală după utilizarea protezelor.

Toate aceste aspecte vor fi relatate specialistului în timpul vizitei pentru reglaj. În perioada de adaptare reglajul se efectuează oricât de des este necesar, după datele examenului audiologic. Pentru o corecție profesională și calitativă a auzului sunt necesare mai multe ședințe (se recomandă reglajul la fiecare 2-3 luni).

Protezarea auditivă a copilului cu deficiențe de auz, reieșind din particularitățile anatomice, fiziologice și psihologice ale acesuia, este mai complicată și solicită implicarea echipei de specialiști împreună cu familia copilului.

În republică protezarea auditivă până nu demult se făcea cu finanțare din diferite proiecte internaționale susținute de Asociația Medicilor Pediatri din Franța, a colegilor de la Ampliphon (Elveția), Ambasada Franței în Republica Moldova ș.a. Din anul 2006, se desfășoară Programul național de asigurare gratuită cu aparate auditive a persoanelor cu deficiențe de auz, susținut de Ministerul Sănătății. În baza licitației, anual se achiziționează aparate auditive digitale, repartizarea cărora se efectuează în conformitate cu Regulamentul de protezare auditivă.

Experiența noastră ne permite să menționăm un moment esențial și anume: părinții copilului cu deficiențe de auz trebuie să conștientizeze că aparatul auditiv **nu este „un miracol”** care restituie auzul și copilul va începe a vorbi „a doua zi”. După alegerea individuală a protezei, în baza datelor examenului audiologic complex, începe un lucru imens al echipei multidisciplinare și al familiei pentru a-l ajuta pe copil **să asculte, să înțeleagă și apoi să vorbească**. De asemenea, și protezarea adultului implică multă răbdare, perseverență și responsabilitate din partea pacientului pentru a avea rezultate bune și de durată.

Implantul cohlear

Motivat de experiența personală a impactului pe care îl aduce pierderea auzului asupra calității vieții, cazul tatălui său, profesorul A. Graeme Clark a fost inspirat să caute o soluție pentru restabilirea auzului. Astfel, a apărut o cercetare fundamentală cu o echipă multidisciplinară, care a condus la realizarea primului Implant cohlear.



Foto 10. Primul implant cohlear. (1977)

În anul 1978, Clark a efectuat cu succes prima intervenție chirurgicală de implant al unei „urechi bionice”. Dezvoltarea cu succes a implantului cohlear comercializat a implicat cercetări interdisciplinare în ingineria microelectronică și neuroștiințe.



Foto 11. Implant cohlear modern. (2015)

Implantul cohlear este un dispozitiv bionic (electronic) implantabil care transformă informația sonoră în microimpulsuri electrice și este destinat să recupereze auzul celor care suferă de surditate profundă ori severă.

În cazurile de surditate profundă ori severă celulele ciliate ale organului Corti nu mai pot transforma vibrațiile undelor sonore în impulsuri electrice. Implantul cohlear compensează lipsa celulelor ciliate intacte plasând un portelectrod (cu mai mulți electrozi de contact) în interiorul cochleii, urmând organizarea tonotopică (poziționarea selectivă a tonurilor), acesta aduce informațiile sonore și cuvintele direct la nivelul nervului auditiv.

Implantul cohlear, ca și proteza auditivă, nu restituie „auzul normal”, dar este un dispozitiv ce permite a prezenta informația auditivă necesară pentru a dezvolta vorbirea în cazul copiilor născuți cu surditate severă ori profundă și permite

o inteligibilitate suficientă a vorbirii, ajută la ameliorarea abilităților de comunicare, în cazurile de surditate postlinguală (la pacienții vorbitori care au pierdut auzul).

Implantul cohlear este compus din: *partea externă* care conține un microfon, un procesor vocal și o antenă, și *partea implanta-bilă* alcătuită dintr-un procesor și electrozi (vezi Foto 11).

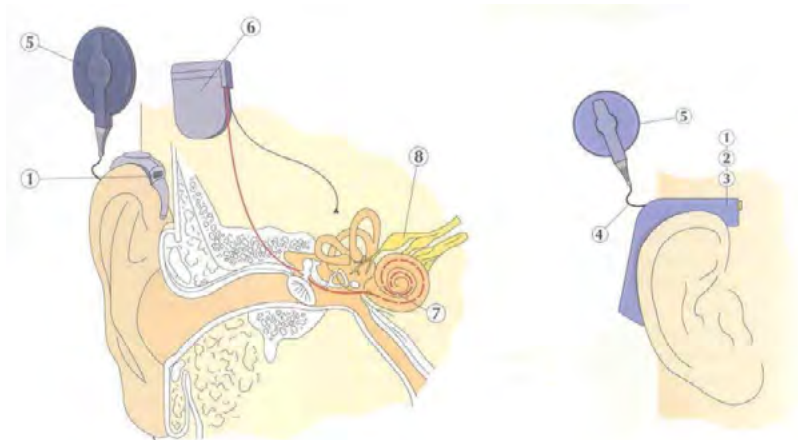


Foto 12. Părțile componente ale Implantului cohlear : 1-2-3-4. - Procesor de sunet. 5. - Magnet emițător. 6. - Implantul cohlear 7. - Electrozii implantului. 8. – Nervul acustic-vestibular.

Principiile de funcționare a unui implant cohlear sunt:

- undele sonore sunt captate de un microfon și transformate în semnale electrice;
- semnalul este transmis spre procesorul vocal;
- procesorul vocal codifică semnalul electric într-un model de impulsuri electrice în funcție de strategia de codare a vorbirii specifice;
- semnalul codificat este transmis prin cablu spre antenă;

- antena trimite semnalul și energia necesară prin pielea intactă la receptor (implant);
- receptorul decodifică semnalul;
- semnalele electrice emise stimulează nervul auditiv în diferite porțiuni din cohlee prin intermediul perechilor de contacte aflate pe suprafața portelectrodului;
- ca urmare nervul auditiv generează așa-zisele potențiale de acțiune transmise apoi spre creier;
- creierul primește potențialele de acțiune și le interpretează ca evenimente acustice.

Implantul cohlear, fiind eficace în cazurile de surditate profundă ori severă, ori în cazurile când cu ajutorul aparatelor auditive nu se pot obține rezultate satisfăcătoare, este pe larg folosit în practică. Conform datelor statistice, în prezent, peste 200 000 de pacienți din întreaga lume sunt purtători de implant cohlear, marea majoritate fiind din țările dezvoltate, fapt explicat prin costul înalt al dispozitivului, al chirurgiei și al măsurilor de reabilitare.

Actualmente, atestăm patru producători de implant cohlear:

- Advanced Bionics (SUA, HiRes);
- Cochlear (Australia, Nucleau);
- MedEl (Austria, Sonat);
- Neurelec (Franța, Digisonic).

Deși fiecare model de implant cohlear prezintă caracteristici specifice ergonomice și electronice, scopul și rezultatele ortofonice pentru toate modelele sunt similare. Alegerea

modelului de implant depinde de particularitățile fiecărui pacient, de experiența și recomandarea specialiștilor.

Primul pacient cu implant din republică a fost operat în anul 2000 în Italia, un copil de 14 ani cu surditate postlinguală, instalată după ce a suferit meningită. Intervenția a fost susținută din proiecte internaționale. În Republica Moldova implantul cohlear a fost efectuat în premieră în anul 2014 în Clinica de Otorinolaringologie. La momentul actual, în cadrul Centrului de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică sunt monitorizați 38 de copii cu implant cohlear, cel mai mic având vârsta de 9 luni.

Tratamentul prin implant cohlear este indicat în următoarele situații:

- Pacienții maturi cu surditate profundă ori severă bilaterală, cu o durată mică a surdității. Pentru maturii născuți cu surditate, implantul cohlear este inefectiv și contraindicat, aceasta rezidă din specificitatea surdității congenitale și nede dezvoltarea percepției verbale, memorie auditivă săracă.
- Cazurile de surditate postlinguală (pacienți vorbitori) – implantul cohlear este o bună posibilitate de recuperare a auzului.
- Pentru pacienții surzi și orbi implantul cohlear este o soluție de îmbunătățire radicală a calității vieții.
- Copiii cu surditate bilaterală profundă ori severă. Datele literaturii de specialitate și experiența țărilor avansate relevă că limita perioadei de privațiune auditivă, la copiii cu surditate congenitală se recomandă inferioară vârstei de 5-7 ani.

- Cazurile de surditate când protezele auditive și chiar sistemele FM sunt neeficiente.
- Pacienții cu pragul protetic superior ori egal cu 60 dB.
- Lipsa contraindicațiilor medicale ori radiologice.
- Mediul „vorbitor” în familie.

Ca orice intervenție implantul cohlear are și contraindicații, cum ar fi:

1. Copii cu surditate prelinguală (care nu au auzit de la naștere) în vârstă de peste 7 ani (în ultimii ani este considerată maximală vârsta de 5 ani), plasticitatea neurală (capacitatea sistemului nervos central de a fi programat să învețe) a auzului dispare spre adolescență datorită modificărilor structurale survenite la nivelul nucleilor auditivi.
2. Plasticitatea neurală a vorbirii articulate dispare mult mai precoce:
 - un copil care nu a auzit niciodată pierde total capacitatea de a învăța să asculte (să recunoască cuvinte) între 5 și 8 ani.
 - vorbirea articulată normală se dezvoltă cel mai bine dacă copilul începe să vorbească la 2-3 ani.
3. Orice patologie acută a urechii medii sau a sistemului mastoidian. Perforația timpanului asociată sau nu cu o infecție cronică trebuie asanată preoperator (risc crescut de colesteatom).
4. Malformațiile cohleare ridică probleme doar dacă

constă în aplazie cohleară sau se poate dovedi absența nervului auditiv - sindromul Michel, displazie Mondini severă.

5. Surditate congenitală asociată cu conduct auditiv intern foarte îngust.
6. Alte malformații ale corpului sau handicapuri asociate devin contraindicații dacă împiedică manipularea procesorului vocal, microfonului sau antenei și reprezintă riscuri pentru anestezia generală.

Reușita implantului cohlear implică mai multe aspecte, cum ar fi:

Aspectul medical

- diagnosticul complex preoperator (cărui îi revin 8-10%);
- intervenția chirurgicală (15-18%).

Aspectul pedagogic

- reabilitarea timpurie, individual adaptată – implicarea logopedului, psihologului, psihomotricianului ș.a. (77-72%).

Aspectul social

- posibilitatea și accesul la servicii de reabilitare post-implant;
- susținerea și implementarea incluziunii;
- suportul familiei și mediului înconjurător „vorbitor”, motivație și stabilitate familială.

Obiectivele de bază ale reabilitării copiilor cu deficiențe de auz, fie cu implant cohlear ori proteză auditivă, nu diferă de cele ale educației generale.

Scopul de bază al reabilitării protetice este integrarea socială, educațională și profesională a acestora în societatea în care trăiesc.

CONCLUZII

- Problema persoanelor cu deficiențe de auz are aspect multidisciplinar, medical, pedagogic, psihologic și nu în ultimul rând social.
- Cunoașterea factorilor de risc în surditate și prevenirea acestora va contribui la profilaxia deficiențelor de auz atât la copii, cât și la adulți.
- Diagnosticul precoce și corect al surdității, fie la copil ori matur, este un imperativ în reușita tacticii de tratament, reabilitare protetică și reabilitare medico-pedagogică.
- În republică, Centrul de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică oferă servicii de diagnostic precoce și corect al deficiențelor de auz la copii chiar din primele zile de viață.
- Educația psihopedagogică timpurie, odată cu depistarea și diagnosticarea deficiențelor de auz, este necesară pentru dezvoltarea vorbirii și formării intelectuale.
- Protezarea auditivă se efectuează doar de specialiștii în domeniu, care după o examinare complexă și minuțioasă aleg și adaptează individual aparatul auditiv.
- Reușita protezării auditive depinde, în mare parte,

și de responsabilitatea persoanei protezate ori a familiei copilului protezat, care vor monitoriza starea funcțională a aparatului auditiv și vor îndeplini indicațiile specialistului.

- Indicațiile privind implantul cohlear, ca metodă modernă de reabilitare protetică, se efectuează de către echipa de specialiști multidisciplinară după o evaluare complexă a fiecărui caz.
- Rezultatele percepției auditive după implant cohlear sunt evidente chiar după câteva luni de la implantare, pe când progresul lingvistic este foarte individual și depinde de numeroși factori (capacitățile neurocognitive ale copilului, adultului, mediul vorbitor ș.a.).
- Metodele cele mai performante ale protezării auditive ori implantul cohlear nu în toate cazurile, spre regret, este un garant al unei bune dezvoltări a vorbirii orale.
- Reabilitarea copiilor cu deficiențe de auz implică o echipă multidisciplinară de specialiști care doar lucrând în comun pot obține rezultate satisfăcătoare.
- Implicarea activă a familiei copilului cu deficiențe de auz la toate etapele de diagnostic, protezare, reabilitare este foarte importantă pentru o reușită ulterioară.

În ultimii ani domeniul audiologiei în republică a avansat considerabil, metode contemporane de diagnostic, tratament, reabilitare protetică sunt oferite pacienților cu deficiențe de auz în cadrul Centrului de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică din Instituția Medico-Sanitară Publică, Institutul Mamei și

Copilului, în clinicile de otorinolaringologie pediatrică a aceleleași instituții și clinicile de otorinolaringologie pentru adulți.

În anul 2002, grație sprijinului Guvernului Belgiei și al Asociației „Clin d’oeil”, serviciul de audiologie a fost dotat cu utilaj medical performant, acest Proiect a stat la baza deschiderii Centrului de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică din Chișinău. În anul 2011, Fundația Orange Moldova a donat Centrului un sistem modern pentru audiometria obiectivă, iar în 2015 Ministerul Sănătății a reînnoit baza tehnică a Centrului cu echipament performant de examinare audiologică, de asemenea a fost inițiat Programul Național de screening audiologic al nou-născuților.

Pentru asistență medicală pacienții pot apela la specialiștii din instituțiile nominalizate care, după stabilirea diagnosticului, vor determina metodele corespunzătoare de tratament, reabilitare și indicații ulterioare.

„...orice problemă poate fi soluționată când o privești în față.”



Foto 13. Centrul de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică din Chișinău

Bibliografie:

1. Ababii I., Chiaburu A., Maniuc M., Parii S., Diacova S., „Diagnosticul precoce al deficiențelor de auz la copii. Recomandări metodice” , Chișinău, 2004.
2. Chiaburu A. „Diagnosticul surdității senzoroneurale la copiii de vârstă precoce cu patologie perinatală a sistemului nervos central”, teza de doctor în științe medicale Chișinău, 2002.
3. Garabedian E.-N., “Implant cochléaire pédiatrique et rééducation orthophonique”, Paris, 2009.
4. Gelis Ch., “Bases techniques et principes d’application de la prothese auditive”, Montpellier, 1993.
5. Ataman T. „Otologie”, București, 2002.



Educația copiilor cu dizabilități auditive în Republica Moldova: dinamica și conținutul dezvoltării. Aspect praxiologic

Cornelia Bodorin, *doctor în psihologie (psihologia specială), conferențiar universitar, IMSP IMU*

1. Perspectiva istorică cu privire la asistența persoanelor cu dizabilități auditive. Cadrul legislativ internațional și național

2. Educația copiilor cu dizabilități în Republica Moldova

- 2.1. Managementul mediului de învățare al copiilor cu dizabilități senzoriale
- 2.2. Pregătirea cadrelor didactice. Formarea inițială și formarea continuă

3. Comunicare și limbaj în dizabilități auditive profunde

- 3.1. Particularitățile limbajului verbal la copiii surzi
- 3.2. Alfabetul dactil
- 3.3. Limbajul mimico-gestual
- 3.4. Labiolectura
- 3.5. Comunicarea totală

4. Abilitarea persoanelor cu dizabilități de auz

- 4.1. Compensarea auzului deficitar: exerciții de stimulare plurisenzorială
 - 4.1.1. Educația tactil-kinestezică
 - 4.1.2. Exerciții de coordonare polisenzorială
 - 4.1.3. Exerciții de dezvoltare a auzului restant
 - 4.1.4. Dezvoltarea funcției vizuale la neauzitori

Concluzii

Surse de referință

1. **Perspectiva istorică cu privire la asistența persoanelor cu dizabilități auditive. Cadrul legislativ internațional și național**

Experiența istorică, legată de abordarea teoretică și empirică vis-a-vis de persoanele cu dizabilități, ne indică asupra faptului că fiecare societate a încercat să-și determine atitudinile față de ei. Referitor la surdomuți, bunăoară, găsim unele concluzii chiar în perioada antichității (Aristotel, Plutarh, Hippocrate). Astfel, în lucrarea „Despre simțurile celor care simt”, Aristotel a comparat dezvoltarea psihică a orbului cu cea a surdului și a concluzionat că orbul din naștere este mai inteligent decât surdul și mutul.

În Țara Românească primele mărturii scrise despre persoanele cu handicap le aflăm în vechile documente de pe vremea lui Ștefan cel Mare și Sfânt, Petru Rareș, Matei Basarab, Mihai Viteazul și Vasile Lupu, care se refereau la „miluirea mișeilor, calicilor și săracilor”, surzii fiind incluși în categoria mișeilor.

Primele date sumare despre persoanele cu deficiență mentală profundă, senzorială și fizică în Moldova sunt înregistrate în materialele recensământului efectuat în 1897. Au fost înregistrate următoarele date: 1804 de surzi și muți, 2069 de orbi și slabvăzători; 1734 de oameni cu afecțiuni psihice.

Odată cu înțelegerea faptului că surditatea este cauza primară a mutității, că pot exista persoane surde care pot să vorbească, s-a trecut la o altă abordare a fenomenului surdomutității, primară fiind ideea demutizării oamenilor cu deficit de auz și, în primul rând, a copiilor surzi, prin educație și învățare.

Istoric activitățile educaționale relevă *același obiectiv* major: *demutizarea* persoanelor cu dizabilități auditive congenitale sau timpurii.

În acest context, primare au devenit preocupările față de educarea *individuală* a surzilor (sec. XVI), mai ales a copiilor din familiile înstărite.

Mai târziu, în sec. XVIII a început *instruirea copiilor surzi în grup*, aceasta constituind nucleul primelor școli din Europa, întemeiate în Anglia, Franța, Germania.

Sec. XIX-XX reprezintă perioada înființării instituțiilor rezidențiale și a școlilor speciale pentru persoanele deficiente.

(I) Pe teritoriul României prima încercare de educație organizată a surzilor a fost întreprinsă de Băcilă, fost ostaș în armata lui Napoleon, care a înființat și a condus un institut particular pentru surdomuți la Dumbrăveni, în Transilvania. În 1863 se înființează prima școală pentru copiii muți din București în azilul „Elena Doamnă” din Cotroceni care, ulterior, a fost transferată la Focșani (1895). În prima jumătate a sec. XX educația surzilor s-a realizat în școlile din Timișoara, Arad, Cluj, Cernăuți, Iași, în organizarea și promovarea educației surzilor primare fiind ideile europene cu privire la demutizare (D. Rusticeanu). În aceste școli, ca de altfel și în toate țările Europei, se foloseau metodele manuale (dactilemele) și cele grafice care, pe parcurs, au fost înlocuite treptat prin metoda „orală” de demutizare.

Dezvoltarea sistemului educațional special în Moldova, conform studiilor efectuate de A. Ivanițchi (1983), A. Racu (1999), a parcurs câteva etape:

- 1936-1941 – deschiderea școlilor speciale pentru copiii cu deficiențe în Moldova (în anul 1936 a fost deschisă o școală specială pentru copiii surzi la Balta);
- 1950-1941 – asigurarea organizațional-metodică a școlilor speciale pentru copiii cu deficiențe în Moldova;

- 1971-1980 – asigurarea cu cadre didactice și științifice a învățământului special în Moldova;
- 1945–1990 – acțiuni de perfecționare a activității școlilor speciale;
- 1965-1970 – diferențierea rețelei de instruire și educație a copiilor cu deficiențe. Astfel, către anul 1970 activau 50 de instituții speciale și centre logopedice în școlile de cultură generală cu un contingent de 7033 de copii, la oraș funcționau 22 de instituții speciale, la sate – 28 de școli pentru copiii surzi; s-a asigurat baza materială a învățământului special, și-au început activitatea comisiile medico-pedagogice, instituțiile de învățământ special au fost asigurate cu cadre profesionale.
- 1970-1975 – extinderea și diferențierea rețelei școlilor speciale, dotarea lor tehnică, inaugurarea Facultății de Defectologie, transformarea unor școli speciale în mari centre industriale și agrar-industriale, servicii de diagnosticare și tratament al copiilor și adulților cu deficiențe de auz, cabinete de surdologie (Bălți, Bender, Râbnia), modernizarea învățământului special, recuperarea persoanelor deficiente, asigurarea instituțiilor speciale cu cadre, efectuarea unor cercetări universitare performante, optimizarea metodologiilor corectiv-recuperative, recuperarea diferențiată a deficiențelor la copii.

În societatea contemporană susținerea și dezvoltarea copiilor neauzitori acumulează noi etape, incluzând, concomitent cu

practicarea influențelor educaționale, modalități de reabilitare și abilitare, incluziune comunicațională, școlară și socială.

Cardinală în acest sens a fost Convenția privind drepturile persoanelor cu dizabilități, adoptată la New York de Adunarea Generală a ONU la 13 decembrie 2006, care a fost deschisă spre semnare la 30 martie 2007 și semnată de Republica Moldova la 30 martie 2007, ratificată prin Legea nr. 166/09.07.2010, publicată în Monitorul Oficial al RM nr. 126-128/428 din 23 iulie 2010. Convenția stabilește formele și modalitățile de susținere a dreptului persoanelor cu dizabilități la educație, și anume:

- respectarea fără discriminare a principiului egalității de șanse,
- un sistem educațional incluziv la toate nivelurile,
- formarea continuă, îndreptată spre:

(a) Dezvoltarea pe deplin a potențialului uman, a simțului demnității și a propriei valori, consolidarea respectului pentru drepturile și libertățile fundamentale ale omului și pentru diversitatea umană;

(b) Dezvoltarea personalității, talentelor și creativității proprii persoanelor cu dizabilități, precum și a abilităților lor mentale și fizice, la potențial maxim;

(c) A da posibilitatea persoanelor cu dizabilități să participe efectiv la o societate liberă (art. 24).

În vederea abilitării și reabilitării persoanelor cu dizabilități (art. 26) se prevăd măsuri, care în mod eficient și adecvat, vor asigura sprijinul reciproc între persoane cu aceleași probleme, vor permite persoanelor cu dizabilități să obțină și să-și mențină

maximum de autonomie, să-și dezvolte pe deplin potențialul fizic, mintal, social și profesional și să realizeze o deplină integrare și participare în toate aspectele vieții.

Odată cu ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități (CDPD), Republica Moldova și-a asumat responsabilitatea să asigure respectarea, promovarea și protejarea drepturilor persoanelor cu dizabilități în aceeași măsură ca și a drepturilor celorlalți membri ai societății.

În acest scop, actele legislative (Hotărârea Guvernului RM nr. 413 din 14.06.2012, Hotărârea Guvernului RM nr. 784 din 9 iulie 2007 „Pentru aprobarea Strategiei naționale și a Planului de acțiuni privind reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului pe anii 2007-2012) prevăd organizarea, consolidarea și extinderea serviciilor și programelor de abilitare și reabilitare complexe, în special în domeniul sănătății, încadrării în muncă, educației și serviciilor sociale, astfel încât aceste servicii și programe:

(a) Să înceapă la o etapă cât mai de timpuriu posibil și să se bazeze pe evaluarea multidisciplinară a nevoilor și abilităților individuale;

(b) Să sprijine participarea și integrarea în comunitate și în toate aspectele societății pe baza liberului consimțământ și să fie disponibile cât mai aproape posibil de comunitatea în care trăiesc, inclusiv în mediul rural.

Din 2007, Republica Moldova a inițiat procesul de reformare a sistemului rezidențial prin aprobarea Strategiei naționale și a Planului de acțiuni privind reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului pe anii 2007-2012. Implementarea Hotărârii Guvernului nr. 784 din 9 iulie 2007 „Pentru aprobarea Strategiei naționale și a Planului de acțiuni privind reforma

sistemului rezidențial de îngrijire a copilului pe anii 2007-2012”, s-a realizat prin:

- dezvoltarea serviciilor sociale ca obiectiv-cheie al politicii naționale în domeniul protecției sociale a persoanelor cu dizabilități;
- dezvoltarea procesului de dezinstituționalizare prin prisma creării serviciilor sociale alternative.

Conform Raportului de monitorizare privind implementarea respectivei Strategii, 11 instituții rezidențiale au fost închise în perioada 2007-2012. Numărul copiilor din instituții s-a redus, în această perioadă, cu 54%, ceea ce corespunde unui număr de 6450 de copii, care s-au întors în familii.

Un act legislativ și practic în acest sens a fost implementarea educației incluzive în activitatea sistemului de învățământ din Republica Moldova prin:

- politicile naționale care pun baza acțiunilor pentru asigurarea dreptului la educația incluzivă pentru persoanele cu dizabilități în Moldova sunt:
- Hotărârea Guvernului privind aprobarea Strategiei naționale „Educație pentru toți” pentru anii 2004-2015, nr. 410 din 04. 04. 2003;
- Strategia consolidată de dezvoltare a învățământului pentru anii 2011-2015, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 523 din 11. 07. 2011;
- Planul consolidat de acțiuni pentru sectorul educației (2011-2015), aprobat prin Ordinul Ministerului Educației nr. 849 din 29 noiembrie 2010;
- Programul de dezvoltare a educației incluzive în

Republica Moldova pentru anii 2011-2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 523 din 11.07.2011.

Spre exemplu, conform datelor Biroului Național de Statistică pentru anul 2012, în Moldova erau 14 735 de copii cu diferite grade de dizabilitate. Conform Raportului BNS „Educația în Republica Moldova. Publicație statistică pentru anul 2011/2012”, 2107 copii cu dizabilități erau incluși în educația preșcolară în 33 de instituții cu grupe specializate și incluzive, 2549 de copii – în instituții speciale și auxiliare, 1600 de copii erau instruiți la domiciliu, 1604 copii cu necesități speciale – în 291 de instituții generale de învățământ cu servicii de suport, 139 de elevi cu deficiențe de văz și de auz își făceau studiile în 2 școli de meserii specializate. Este ușor de calculat că aproape jumătate din copiii cu dizabilități încă nu se regăsesc în sistemul de educație formală.

(!) La momentul actual, Republica Moldova dispune de toate actele normative care asigură realizarea *incluziunii școlare* și sociale a persoanelor cu dizabilități, inclusiv dizabilități de auz:

- Hotărârea Guvernului nr. 523 din 11. 07. 2011 cu privire la aprobarea Programului de dezvoltare a educației Incluzive în Republica Moldova pt anii 2011-2020;
- **Planul Educațional Individualizat (PEI)**, structura-model, aprobat prin Ordinul Ministerului Educației nr. 952 din 06. 12. 2011;
- **Regulamentul privind organizarea educației incluzive în instituțiile de învățământ general**, aprobat prin Ordinul Ministerului Educației nr. 739 din 15.08.2011;

- Hotărârea Guvernului RM nr. 732 din 16.09.2013 "Cu privire la Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică și Serviciul raional/municipal de asistență psihopedagogică";
- Hotărârea Guvernului nr. 567 din 26 iulie 2011 prin care a fost aprobat Regulamentul cu privire la modul de asigurare a unor categorii de cetățeni cu mijloace ajutătoare tehnice;
- Hotărârea Guvernului nr. 722 din 22 septembrie 2011 - au fost aprobate Regulamentul-cadru și standardele minime de calitate pentru serviciul social **„Echipa mobilă”** (serviciu social specializat, destinat copiilor cu dizabilități medii sau severe, care oferă asistență socială și suport la domiciliul beneficiarului);
- Hotărârea Guvernului nr. 314 din 23.05.2012 - au fost aprobate Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea **serviciului social „Asistență personală”** și **Standardele minime de calitate**. Scopul serviciului este de a oferi asistență și îngrijire copiilor și adulților cu dizabilități severe;
- Hotărârea Guvernului nr. 413 din 14.06.2012 - au fost aprobate Regulamentul-cadru de organizare și funcționare a serviciului social „Respiro”.

2. Educația copiilor cu dizabilități în Republica Moldova

Sistemul educațional pentru persoanele cu dizabilități în Republica Moldova actualmente trece prin modificări esențiale, determinate de perfecționarea sistemului de învățământ special și, în primul rând, de incluziunea școlară și socială a persoanelor cu dizabilități.

2.1. Managementul mediului de învățare al copiilor cu dizabilități senzoriale

Ca urmare a politicilor de incluziune implementate în sistemul educațional din Republica Moldova, în perioada 2013-2014, 3 500 de elevi cu CES studiau în 400 de instituții generale de învățământ; 2 920 de copii au fost instruiți în baza PEI. În perioada 2013-2014, 77 de elevi cu CES din 14 localități UTA au absolvit instituțiile generale de învățământ, fapt ce se datorează atât activității desfășurate de Serviciile de Asistență Psihopedagogică în ultimii ani, cât și transferului în comunități a unor copii cu CES din instituțiile rezidențiale care s-au închis/transformat. În același timp mai funcționează, de exemplu, școli speciale, cum ar fi instituțiile specializate pentru copii cu dizabilități de auz - Grădinița nr. 167 pentru copiii surzi și cu deficiențe multiple; Școala specială nr. 12 pentru copiii hipoacuzici și cu surditate tardivă (Chișinău), Școala-internat specială pentru copiii hipoacuzici din Hârbovăț ș.a., unde copiii pot beneficia de asistență profesională specializată. Reieșind din cerințele modernizării sistemului educațional, aceste instituții trebuie să realizeze o politică activă de pregătire și calificare a cadrelor, să-și modifice esențial metodologia și metodele de activitate.

Metodologic importante sunt dispozițiile **Codului educației al Republicii Moldova**, referitor atât la obiectivele învățământului specal și incluziv, cât și la obligațiile și funcțiile cadrelor angajate în acest proces. Documentul prevede, că învățământul pentru copiii și elevii cu cerințe educaționale speciale este parte integrantă a sistemului de învățământ și are drept scop educarea, reabilitarea și/sau recuperarea și incluziunea educațională, socială și profesională a persoanelor

cu dificultăți de învățare, de comunicare și interacțiune, cu deficiențe senzoriale și fizice, emoționale și comportamentale, sociale (Capitolul VI. *Învățământul pentru copiii și elevii cu cerințe educaționale speciale. Educația incluzivă*, art. 32. *Învățământul pentru copiii și elevii cu cerințe educaționale speciale*).

Astel, sistemul educațional din Republica Moldova este pus în fața unui **obiectiv major** - de a acorda servicii de instruire, educație, care asigură copiilor cu CES cunoașterea și utilizarea echipamentelor și tehnologiilor de abilitare și reabilitare.

Conform Codului, se modifică radical și sistemul pregătirii și recalificării cadrelor din domeniul educației copiilor cu dizabilități, mai ales în legătură cu implementarea învățământului incluziv.

Categoria de personal în învățământul special (Codul educației al Republicii Moldova. Capitolul XII. *Personalul din învățământul general*, art. 53. *Categoriile de personal*) include: educatorul, învățătorul, profesorul, psihologul, logopedul, maistrul-instructor, instructorul, maistrul, psihopedagogul, conducătorul de cerc, metodistul. În structurile de asistență psihopedagogică funcțiile didactice sunt: psihopedagog, psihopedagog special, pedagog, logoped, psiholog.

Dat fiind faptul, că specialiștii din domeniul *psihopedagogie* sunt necesari nu numai în școli speciale și incluzive, dar și într-o serie de instituții cu caracter social, reabilitar (centre logopedice, centre de zi, spitale, policlinici, organizații nonguvernamentale și instituții destinate protecției copilului și persoanelor vârstnice etc.), procesul de învățământ din cadrul Programului de Psihopedagogie a cunoscut **următoarele schimbări**:

- au fost modificate obiectivele și conținutul educației speciale;

- au fost determinate funcțiile, drepturile și obligațiile categoriilor de personal angajat în educația copiilor cu CES;
- s-a format un sistem de pregătire și calificare a cadrelor angajate în procesul educațional pentru persoanele cu dizabilități în R. Moldova.

Pregătirea și recalificarea cadrelor din domeniul educației copiilor cu dizabilități s-a actualizat cu mult în legătură cu implementarea învățământului incluziv.

Perfecționarea cadrelor didactice, în acest context, reprezintă o activitate cu conținut pedagogic și social proiectată, realizată și dezvoltată în cadrul sistemului de învățământ, cu funcție managerială de reglare-autoreglare continuă a procesului de învățământ, la toate nivelele sale de referință (funcțional – structural - operațional).



Foto 14. Universitatea de Stat „Alecu Russo”, Bălți. Blocul central

(!) Obiectivul primar al pregătirii cadrelor didactice preuniversitare, dar, în special al celor din domeniul psihopedagogiei din R. Moldova este *asigurarea metodologică, didactică și metodică a incluziunii școlare și sociale a copiilor cu cerințe educaționale speciale*.

Pregătirea și perfecționarea cadrelor prevede pregătirea specialiștilor pentru realizarea sarcinilor profesionale în următoarele direcții de activitate:

- educația specială;
- evaluarea copiilor;
- autoevaluarea;
- cercetarea;
- lucrul cu alți specialiști;
- lucrul cu părinții;
- capacități manageriale;
- reducerea izolării copiilor cu dizabilități în activitatea didactică (Vrășmaș, T., 2001).

Sistemul de pregătire și calificare a cadrelor angajate în procesul educațional pentru persoanele cu dizabilități în Republica Moldova include 2 forme de instruire (**inițială și/sau continuă**).

1.2. Pregătirea cadrelor didactice. Formarea inițială și formarea continuă

Formarea inițială vizează în esență următoarele obiective:

- familiarizarea cu tehnicile de evaluare folosite în stabilirea profilului psihologic al persoanelor cu dizabilitate;
- cunoașterea metodologiilor de predare specifice fiecărui tip/formă de dizabilitate;
- studierea principalelor proceduri de terapie aplicate în recuperarea persoanelor cu nevoi speciale;
- educația, terapia și recuperarea persoanelor cu nevoi speciale.

Aceste finalități se obțin prin includerea în programul de pregătire a studenților a următoarelor cursuri:

- terapie logopedică;
- recuperarea diferitelor categorii de persoane cu dizabilități;
- programe de educație integrată;
- cercetare în domeniul educației speciale;
- activități în organizații nonguvernamentale (implementare și evaluare de proiecte);
- terapie ocupațională, asistență psihopedagogică în instituții din domeniul sănătății;
- consilierea părinților copiilor cu CES;
- orientarea profesională a tinerilor;
- psihopedagogia supradotaților.

Curriculumul pregătirii speciale și profesionale a studenților are un aspect tot mai detaliat și orientat practic. Componentă obligatorie în formarea inițială a cadrelor didactice la nivelurile învățământului superior și mediu de specialitate a devenit cursul „Educația incluzivă”. Disciplina prevede atât pregătirea practică, cât și teoretică a cadrelor, ce asigură calitatea procesului educațional în lucrul cu persoanele cu diferite tipuri de dizabilități, inclusiv dizabilități de auz. Modulul „Educația incluzivă” este implementat în colegii și universități, la specialitățile cu profil pedagogic, începând cu 1 septembrie 2012 în universități pentru ciclurile I și II și în colegiile pedagogice pentru anul IV.

În UPS „Ion Creangă”, spre exemplu, instruirea universitară se realizează, conform Procesului de la Bologna, la ciclul I, II și III (prin studii la doctorat, specialitățile „Psihologie specială” și „Pedagogie specială” (2013), în limbile română și rusă.

Facultatea Psihologie și Psihopedagogie Specială (creată în 1973) este unica facultate care pregătește în prezent specialiști la specialitatea Psihopedagogie (3 ani de studii la zi, 180 credite); cu frecvența redusă - 180 credite (4 ani de studii).



Curs nou „Educația incluzivă”

În definirea curriculumului educațional se reiese din faptul că studiile universitare de licență sunt prima treaptă a studiilor universitare, și care

asigură un nivel de calificare adecvat exercitării unei profesii

în vederea inserției pe piața forței de muncă, prin cunoștințe generale și de specialitate corespunzătoare. Conform Procesului Bologna, treapta de licență corespunde unui număr de 180-240 de credite de studiu transferabile (ECTS), pentru cursurile de zi numărul de credite transferabile alocat unui an de studiu fiind de 60.

La etapa actuală, formarea inițială prevede 42 de discipline obligatorii (la ciclul I), printre care menționăm:

Tab. 2. Formarea inițială

Denumirea cursului	Ore contact / individual	Credite
Psihopedagogia persoanelor cu dizabilități multiple	34/34	2
Recuperarea persoanelor cu dizabilități multiple	34/34	2
Psihopedagogia persoanelor cu dizabilități de auz	75/75	5
Psihopedagogia persoanelor cu dizabilități de văz	90/90	6
Logopedie	60/60	4
Psihopedagogia persoanelor cu dizabilități mintale	90/90	6

La ciclul II, masterat, studenții pot alege din specialitățile propuse:

Educație Incluzivă, Logopedie și motricitate verbală, Comunicare alternativă, Limbajul semnelor, sistemul Braille,

printre care menționăm și disciplinele predate în pionerat în republică:

Tab. 3. Ciclul II (masterat)

Disciplina	Ore contact/ individual	Credite
Masaj terapeutic orofacial	35/115	6
Reabilitare medicală	35/115	5
Limbajul semnelor	35/115	5

La nivel de masterat, în vederea pregătirii cadrelor capabile să realizeze sarcinile profesionale indicate, în programul de pregătire se prevăd cursurile: Neurolingvistica, Psihologia limbajului și comunicației, Logopedia, Consilierea psihopedagogică, Diagnostic psihologic și logopedic, Fonopedia, Terapia ocupațională, Organizarea serviciului logopedic, Tulburări de ritm și fluentă, Tulburări de limbaj în disontogenii ș.a.

Formare continuă

Actualmente, în situația, când susținerea psihopedagogică a copiilor cu CES devine tot mai amplă, mai variată după destinație, condiții și modalități de realizare, e nevoie de consolidarea comunității persoanelor cu dizabilități de auz, de susținerea lor socială, comunitară și publică.

(I) Formarea **continuă** este o activitate cu conținut pedagogic și social proiectată, realizată și dezvoltată în cadrul sistemului de învățământ de cadrele cu funcție managerială de reglare-autoreglare continuă a procesului de învățământ, la toate nivelurile de referință (funcțional – structural - operațional).

Conceptual formarea continuă a cadrelor învățământului

inclusiv reiese din următoarele:

1) incluziunea nu înseamnă doar a integra copiii cu deficiențe în școlile obișnuite. Ea înseamnă activitate, care ține cont de particularitățile atitudinal-comportamentale ale copiilor cu CES, de diferența dintre competențele lor și cerințele prevăzute prin curriculum;

2) prin actul educațional persoanelor cu CES se cere:

- a. să li se acorde: - înțelegere – încredere – întrajutorare;
- b. să li se înlăture: - disconfortul – depersonalizarea – dizarmonia;
- c. să se ajungă la înțelepciunea ce presupune: - acceptare – acomodare – atitudine;
- d. să se reușească a li se acorda o șansă prin: - speranță – dragoste – dăruire;
- e. să se formeze convingerea că copilul cu CES este egalul nostru și are toate drepturile unei persoane dăruită cu viață și menită a trăi.

(!) Obiectivele generale ale formării continue:

- a. perfecționarea și înnoirea practicilor profesionale prin “actualizarea cunoștințelor însușite în timpul formării inițiale”;
- b. completarea formării inițiale, inclusiv prin schimbarea eventuală a orientării profesionale cu noi competențe.

(!) Funcții generale ale formării continue:

- a) perfecționarea și înnoirea practicilor profesionale prin

“actualizarea cunoștințelor însușite în timpul formării inițiale”;

b) completarea formării inițiale, inclusiv prin schimbarea eventuală a orientării profesionale, cu noi competențe certificate prin diplome.

Formarea continuă a cadrelor didactice are ca **misiune** pregătirea specialiștilor apti în condițiile moderne să execute calitativ misiunea pe care o au de îndeplinit:

- instruirea;
- educarea;
- formarea de personalități autonome, integrabile social, capabile de învățare permanentă, și nu în ultimul rând, cu un profil socio-moral autentic a persoanelor cu dizabilități.

Formarea Psihopedagogică continuă la facultățile cu profil pedagogic din Republica Moldova este o structură universitară educațională autonomă, subordonată Senatului universitar. Ea este abilitată să asigure formarea psihopedagogică și didactică, teoretică și practică, a studenților și absolvenților învățământului universitar la specialitate în vederea obținerii unui calificativ profesional notoriu.

Procesul de pregătire, specializare, calificare și recalificare a cadrelor, capabile să desfășoare un program școlar incluziv rezultativ se realizează prin măsuri de organizare pentru formarea unui **sistem** de pregătire a cadrelor didactice și a managerilor procesului educațional.

Astfel, **la nivelul universitar** structurile de pregătire și perfecționare a personalului didactic ale universităților din Republica Moldova sunt abilitate să organizeze activități din

sfera formării continue a personalului didactic din instituțiile speciale de învățământ, din școlile incluzive ș.a. Periodic sunt organizate cursuri, seminare, conferințe de specializare în psihopedagogie.

Convocarea cursurilor de formare, practic, este prezentă în agenda de lucru a tuturor facultăților din domeniul *științe ale educației*, prioritară fiind în activitatea Universității de Stat din Tiraspol, Universității de Stat „Alec Russo” din Bălți, Institutului de Științe ale Educației, Institutului de Formare Continuă, Universității de Stat de Educație Fizică și Sport din Chișinău, Universității de Stat din Moldova, Universității de Stat „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul.

Vorbim, în primul rând, de Programele cursurilor de formare continuă, care prevăd pregătirea psihopedagogică a cadrelor necesare educației Incluzive.

Astfel, sunt organizate cursuri de Formare Continuă la specialitățile:

- Învățământ special (180 ore/ 120/50/30);
- Logopedie (180 ore/120/50/30);
- Educație incluzivă (180 ore/120/50/30);
- Terapie ocupațională (180 ore/120/50/30).

Un impact pozitiv îl au lucrările promovate conform programului de activitate a Universităților pedagogice din țară: concomitent cu tematica general-didactică și managerială, în programele cursurilor formative sunt incluse teme legate nemijlocit de pregătirea psihopedagogică a pedagogilor (vezi tabelul de mai jos):

Tab. 4. Formarea profesională continuă
Planul / Oferta de formare profesională continuă
pentru anul 2015
(Facultatea Formare Continuă, UPSC)
I. Manageri în educație, formatori, cadre didactice

Disciplina/ speciali- tatea	Limba de instruire	Program integral 150 ore	Program integral 100 ore	Program modular 50 ore	Formatori
Învățământ special, SAP	română	02.02–21.02 2015	02.02–14.02 2015	02.02–07.02 2015	Bodorin Cornelia, dr., conf. univ.
	română	21.04 –09.05 2015	21.04 – 02.05 2015	21.04–25.04 2015	Racu Aurelia, dr. hab., conf. univ.
	română	14.09–03.10 2015	14.09 – 26.09 2015	14.09–19.09 2015	Chiperi Nadejda, lector superior
	română	07.12–26.12 2015	07.12–19.12 2015	07.12–12.12 2015	Andronache Nicolae, dr., conf. univ.
Logopedie, SAP	română	12.01–31.01 2015	12.01–24.01 2015	12.01 -17.01 2015	Bodorin Cornelia, dr., conf. univ. Olărescu Valentina, dr., conf. univ. Racu Aurelia, dr.hab., conf. univ.
	română	16.03–04.04 2015	16.03-28.03 2015	16.03–21.03 2015	
	română	26.10–14.11 2015	26.10–07.11 2015	26.10–31.10 2015	
	română	16.03–04.04 2015	16.03 - 28.03 2015	16.03–21.03 2015	
	română	07.12–26.12 2015	07.12–19.12 2015	07.12–12.12 2015	

Programe tematice

Martie

Denumirea programului	Perioada de realizare	Nr. ore	Grup-țintă
Consiliere și consultanță psihologică Formator-responsabil: Bodorin Cornelia, dr., conf. univ.	16.03-28.03 2015	50	Cadrele didactice din școlile de tip internat

Aprilie

Denumirea programului	Perioada de realizare	Nr. ore	Grup-țintă
Diagnostic logopedic Formator-responsabil: Olărescu Valentina, dr., conf. univ.	06.04-11.04 2015	50	Logopezi, cadre didactice din învățământul special și integrat
Educație incluzivă / grădiniță / școală Formator-responsabil: Bodorin Cornelia, dr., conf. univ.	06.04-09.04 2015	30	Cadre didactice din învățământul preuniversitar

Mai

Denumirea programului	Perioada de realizare	Nr. ore	Grup-țintă
Programe educațional-terapeutice aplicate persoanelor cu dizabilități Formator-responsabil: Chiperi N., lector superior	11.05-16.05 2015	50	Psihologi, cadre didactice din învățământul special și general

Evaluarea și diagnosticarea persoanelor cu dizabilități Formator-responsabil: Ciobanu A., dr., conf. univ.	11.05-16.05 2015	50	Psihologi, cadre didactice din învățământul special și general
---	---------------------	----	--

Iunie

Denumirea programului	Perioada de realizare	Nr. ore	Grup-țintă
Psihopedagogia prevenției și intervenției timpurii Formator-responsabil: Andronache Nicolae, dr., conf.univ.	08.06-11.06 2015	30	Cadre didactice din învățământul special și general, psihologi

Octombrie

Denumirea programului	Perioada de realizare	Nr. ore	Grup-țintă
Asistența psihologică a copiilor cu probleme de dezvoltare Formator-responsabil: Bodorin Cornelia, dr., conf. univ.	12.10-17.10 2015	50	Psihologi școlari, cadre didactice

Decembrie

Denumirea programului	Perioada de realizare	Nr. ore	Grup-țintă
Epistemologia și metodologia educației integrate Formator-responsabil: Racu Aurelia, dr. hab., conf. univ.	30.11-05.12 2015	50	Manageri, cadre didactice din învățământul special și general

De rând cu universitățile, ce acordă specialiștilor în domeniu atât formarea inițială, cât și cea continuă, în formarea specialiștilor apti a lucra cu copiii cu cerințe speciale s-au încadrat **structurile guvernamentale, formațiunile sociale și de caritate, organizații non-guvernamentale** ș.a.

Un suport esențial în susținerea formării capacităților psihopedagogice speciale, necesare cadrelor școlii incluzive a devenit crearea (!) Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică (CRAP) și a Serviciilor de Asistență Psihopedagogică (SAP).

Personalul specializat al Serviciului se constituie din:

- a. pedagog educație preșcolară;
- b. pedagog învățământ primar și secundar general;
- a. psiholog / psihopedagog;
- b. specialist terapii specifice (logoped, tiflopedagog, kine-toterapeut ș.a.).

Astfel, Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică, Ministerul Educației, cu suportul UNICEF, au lansat proiectul *„Transformarea sistemului rezidențial de îngrijire a copilului și promovarea educației incluzive”*, asigurând didactic, metodic și organizațional următoarele direcții prioritare în activitatea Ministerului Educației:

- realizarea prevederilor Convenției ONU cu privire la drepturile copilului prin promovarea educației incluzive,
- transformarea continuă a sistemului rezidențial de îngrijire a copilului și dezvoltarea structurilor funcționale de asistență psihopedagogică și psihologică pentru

copiii cu CES incluși în sistemul general de educație.

În perioada mai 2014-ianuarie 2015, Ministerul Educației și Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică în colaborare cu UNICEF Moldova au implementat următoarele activități derivate din aceste priorități:

- Instruirea specialiștilor Serviciilor de Asistență Psihopedagogică raionale/municipale, responsabililor de educație incluzivă la nivel de raion, a specialiștilor din cadrul DGITS, managerilor școlari, cadrelor didactice în domeniul educației incluzive;
- Monitorizarea și evaluarea activității Serviciilor de Asistență Psihopedagogică raionale/municipale;
- Monitorizarea reintegrării familiale, incluziunii educaționale și sociale a copiilor dezinstituționalizați.

Instruirea specialiștilor Serviciilor de Asistență Psihopedagogică raionale/municipale se realizează prin organizarea seminarelor de formare și calificare a cadrelor pedagogice și manageriale angajate în realizarea programului școlar incluziv.

Cursurile și seminarele promovate au ca sarcină principală acordarea suportului metodologic și metodic necesar în:

- elaborarea suportului de curs;
- prestarea activităților de formare;
- evaluarea rezultatelor activităților de formare și identificarea necesităților în domeniu;
- elaborarea rapoartelor.

În lucrările seminarelor și cursurilor promovate participă

responsabili de educație incluzivă la nivel de raion, specialiști din cadrul DGITS, manageri școlari, cadre didactice din domeniul educației incluzive.

Un subiect activ și agent al acestui proces în Republica Moldova este **Asociația Surzilor din Republica Moldova** care, în colaborare cu structurile de stat, organizațiile obștești naționale și internaționale desfășoară activități de organizare și implementare a imperativului uman și social de susținere și dezvoltare a neauzitorilor. Câteva exemple în acest caz, după părerea noastră, destul de sugestive.

1. În colaborare cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei (MMPST), Asociația Surzilor din Moldova participă activ în organizarea diferitelor evenimente și activități care au drept scop:

- promovarea drepturilor persoanelor cu deficiențe de auz,
- inițierea societății în dificultățile și nevoile acestora, precum și identificarea soluțiilor pentru depășirea problemelor cu care ei se confruntă.

În aceste acțiuni și tendințe Asociația Surzilor din Republica Moldova se bucură de sprijinul mai multor organizații și proiecte, atât naționale, cât și internaționale. Astfel, în parteneriat cu Alianța Centrelor Comunitare de Acces la Informație și Instruire din R. Moldova (Alianța INFONET), activ participă în realizarea proiectului „*Edificarea unui „pod de comunicare” proactivă*” – un demers veridic pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități de auz.

La lucrările seminarelor de calificare profesională sunt implicați și pedagogii școlilor speciale, care lucrează conform planului

formativ al Asociației, atât în *deplasare*, cât și *pe teren propriu*.

În Republica Moldova există 6 (!) instituții de învățământ special pentru persoane cu deficiențe auditive (În timpul elaborării acestei cărți a fost închisă Casa pentru copii cu deficiențe de auz din municipiul Bălți).

Conform proiectului *„Edificarea unui „pod de comunicare” proactivă – demers pentru incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități de auz”* pe data de 21 martie 2016 la Școala de meserii nr. 11 din municipiul Chișinău a avut loc primul seminar de instruire. Programul a fost livrat de către 2 experți din cadrul Asociației Surzilor din Republica Moldova. Experții sunt traducători în limbajul semnelor certificați de Ministerul Justiției.

Celelalte 5 instituții în care au fost desfășurate instruirii similare sunt:

- Școala specială pentru copiii hipoacuzici și cu surditate tardivă nr.12 din mun. Chișinău,
- Școala-internat specială pentru copiii hipoacuzici din s.Hârbovăț, r-nul Călărași,
- Grădinița nr. 167 pentru copiii cu dizabilități multiple din mun. Chișinău,
- Școala-internat specială pentru copiii surzi și hipoacuzici din Cahul,
- Casa pentru copii cu deficiențe de auz din municipiul Bălți.

Programul de formare, indicat pedagogilor a vizat mai multe finalități, iar numărul total planificat de beneficiari este de 72 de pedagogi din instituțiile specializate pentru copii cu deficit senzorial.

În activitatea sa Asociația reiese din concluzia, trebuie extinse condițiile și instrumentariul de incluziune a neauzitorilor. Este necesară pregătirea specialiștilor în teoria și practica limbajului mimico-gestual, activitate ce se cere inclusă nu numai la pregătirea pedagogilor instituțiilor speciale, cât și a celor din mediul public, social, a copiilor cu deficiențe de auz și a familiilor lor.

Astfel, în colaborare cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei Asociația Surzilor din Moldova a demarat ciclul de instruire *„Introducere în limbajul mimico-gestual”*. Cursurile vădit fortifică capacitățile intervențiilor de demutizare a neauzitorilor, lărgind cu mult câmpul lor comunicațional.

Programul orientat, în primul rând, spre rezolvarea problemelor învățământului special, aprofundează pregătirea tuturor specialiștilor angajați în domeniu.

În instituțiile speciale de învățământ activează peste 120 de cadre didactice și își fac studiile 334 de copii. Instruirea este realizată de către profesori în baza materialelor didactice ilustrative sau prin metoda scrierii pe tablă – metode actualmente depășite. Limbajul mimico-gestual este puțin folosit în predare, deoarece este insuficient cunoscut de către pedagogi, de aceea lucrările primelor seminare au fost consacrate instruirii cadrelor didactice din școlile speciale.

La începutul anului 2015, Asociația a convocat un seminar în cadrul căruia peste 60 de specialiști din domeniul protecției sociale și educației, dar și părinți sau rude ale hipoacuzicilor, au avut posibilitatea să învețe limbajul mimico-gestual. Cursurile au fost desfășurate pentru prima dată în ultimii 10 ani, practic fiind absolut necesare.

Specialiștii apreciază mult programul de conținut și metodic,

realizat în cadrul cursurilor, dar le consideră foarte scurte comparativ cum ar trebui să fie. „Sunt numai două săptămâni, pe când o performanță profesională o poți căpăta pe parcursul a trei ani de studiu”, indică participanții în relatările de sfârșit de curs. Deși lucrează cu persoane cu nevoi speciale, specialiștii nu cunosc, sau cunosc doar parțial, limbajul semnelor. În cele mai dese cazuri este cunoscută terminologia, în comunicare, practic, se recurge la scris.

Pentru a remedia această situație, ciclul de instruire vine ca o mobilizare pe interior, pentru a spori gradul de accesibilitate și implicare în viața comunitară a persoanelor cu dizabilități auditive, dar și ca o deschidere spre exterior pentru a promova în societate conceptul limbajului mimico-gestual.



Foto 15. Ciclul de instruire „Introducere în limbajul mimico-gestual” (17 Mai 2016)

În ultimii ani s-au realizat primii pași în determinarea sistemului educațional în dizabilități multiple (copii cu deficiențe senzoriale, mintale, neuromotorii).

Tab. 5. Formarea continuă

Stagiile de formare continuă a specialiștilor (vizite la Internatul pentru copii surdo-nevăzători, Serghiev-Posad, Rusia)	Perioada	Proiecte realizate de Asociația VITA în parteneriat cu
Expoziția "Night of Art"	2005 - prezent	ICF (International children Foundation), SUA, Washington
Centrul de susținere a familiilor	2001 - prezent	IWC (International Women Club)
Tabăra de vară	2007, 2008	ICF, SUA, Washington
Proiectul «Познай Мир»	2001 - prezent	ICF, SUA, Washington
Clubul părinților	2014 - prezent	Perkins school, SUA, Boston
Festivalul Internațional Bastonul Alb (Rusia, Moscova)	2008 - prezent	Fundația Diana Gurțkaia, Rusia «По зову сердца»

Cursurile de formare inițială și continuă a specialiștilor pe/din teritoriul Republicii Moldova (Vizita de lucru a specialiștilor de la Internatul pentru copiii surdo-nevăzători, Serghiev-Posad, Rusia)	2005 - prezent	ICF, SUA, Washington
Aucțiunea de caritate „Angel Art”	2010 - prezent	ICF, SUA, Washington
Mișcarea de voluntariat din Republica Moldova	2005 - prezent	Perkins school, SUA, Boston
Conferințe științifice internaționale	2010 - prezent	Uppsala Universitet, Sweden Perkins school, SUA, Boston NPU „M.Dragomanov”, Ucraina
Festivalul „Viața împreună”	2009 - prezent	Fundația Diana Gurțkaia, Rusia «По зову сердца»

Activități de formare și calificare

Prin eforturile comune ale ONG-ilor, în special ale Asociației

Obștești VITA pentru copii și tineri cu dizabilități asociate, în parteneriat cu Ministerul Educației al Republicii Moldova, DGETS ș.a. au fost deschise primele grupe/clase pentru copii cu dizabilități multiple:

2009 – prima grupă de copii (Instituția preșcolară nr. 176 pentru copii surzi și cu deficiențe asociate). La moment, aici se educă 12 copii, care beneficiază de recuperare psihologică, pedagogică și asistență medicală (stimulare senzorială, kinetoterapie, psihoterapie, balneoterapie - urmează);



Foto 16-17. Anul 2011 - prima clasă (Școala auxiliară nr. 6). Aici funcționează 11 clase cu un număr de 85 copii, inclusiv 10 copii cu instruire la domiciliu.



Aceste practici bune de organizare și promovare a calificării cadrelor școlii speciale și incluzive permit a diferenția unele probleme în funcționarea sistemului, cât și sugestii și propuneri, capabile, după părerea noastră, să influențeze pozitiv derularea procesului în continuare.

3. Comunicare și limbaj în dizabilități auditive profunde

Lipsa sau pierderea auzului la vârste mici determină imposibilitatea dezvoltării normale a limbajului verbal și, implicit, a gândirii verbal-logice a copilului, cu consecințe serioase în planul dezvoltării psihice armonioase.

3.1. Particularitățile limbajului verbal la copiii surzi

Interacțiunea deficitului primar (lipsa sau insuficiența funcției auditive) și a celui secundar (subdezvoltarea comunicării) influențează dezvoltarea psihică a persoanei, determină dificultăți în procesul de cunoaștere. Sunt afectate mai cu

seamă structurile superioare ale psihicului. Plasticitatea funcției psihice superioare condiționează activitatea compensatorie intra-sistemică și extra-sistemică, totodată comunicarea verbală este achiziționată cu dificultăți:

- Copilul asimilează limbajul parțial sau total, însă nu are capacitatea de a comunica.
- Însușește vorbirea doar în condiții speciale și prin colaborare cu familia.
- Cunoaște limbajul verbal prin intermediul *percepției vizuale* (labiolectura) și prin senzațiile furnizate de analizatorul motor (kinestezie articulatorie).
- Nu percepe mijloacele expresive ale limbii.

Comunicarea este un proces complex de transmitere a informației (cognitive sau afective) de la un element la altul (R.Doron, F.Parot). Dezvoltarea în procesul practicii comunicaționale cotidiene a componentei impresive (de decodare auditivă; audio-vizuală; vizuală) și a celei expresive (de codare, ce include cultura sonoră a limbii – pronunțarea; dactilarea, scrierea), cu alte cuvinte, a ambelor componente ale vorbirii, asigură procesul comunicativ.

(!) Comunicarea verbală a copiilor surzi se formează în procesul activității lor. Însă la o anumită etapă a dezvoltării copilului mijloacele de comunicare folosite nu mai corespund cerințelor și nu pot reda pe deplin conținutul. „Comunicarea în afara limbajului, afirma L. S. Vîgotski, este primitivă și foarte limitată în posibilități de exprimare.”

(!) Aceasta condiționează necesitatea de a trece la o formă nouă de comunicare – cea verbală. Ea poate fi achiziționată doar în

condiții speciale de instruire, ceea ce necesită în acest caz este atât un diagnostic precoce al pierderii de auz, cât și protezarea auditivă timpurie, și chiar intervenții de demutizare.

Demutizarea este o activitate complexă de înlăturare a mutității prin utilizarea căilor organice valide și pe baza compensării funcționale.

(!) Baza demutizării, a procesului de trecere la forma verbală de comunicare, este „*poliglosia*” copiilor surzi (L. S. Vîgotski), cu alte cuvinte, limbajul verbal (oral și scris), limbajul gesturilor și al alfabetului dactil, ceea ce constituie o particularitate esențială a dezvoltării capacităților comunicaționale ale copiilor surzi.

Demutizarea *prevede*:

- recepția vorbirii prin labiolectură și prin utilizarea auzului rezidual;
- emisia vorbirii (articularea);
- realizarea comunicării verbale (oral și scris).

Demutizarea *presupune* însușirea celor trei laturi ale limbajului:

- latura fonetică;
- lexicul;
- gramatica.

(!) La auzitori, aceste trei componente sunt însușite spontan. Auzitorii percep limbajul verbal auditiv. Dezvoltarea vorbirii copiilor surzi are loc prin imitarea vorbirii maturilor din jur și prin control auditiv permanent. Până în secolul XX demutizarea se raporta doar la prima latură.

Senzorial, constituirea imaginii cuvântului la auzitori și neauzitori parcurge în mod diferit: la auzitori imaginea primară

a cuvântului este cea auditivă, iar la surzi – vizuală, ea fiind suplinită prin senzații kinestezice (articulare, dactilare, scriere). Pentru redarea corectă a formelor gramaticale neauzitorii utilizează articularea și dactilarea.

În ontogeneză mijloacele de comunicare se dezvoltă și se schimbă consecutiv:

- mijloace mimico-expressive (mișcări expresive mimice, vocalizări-sonorizări);
- mijloace obiectual-practice de comunicare (acțiuni legate de obiect);
- mijloace verbale.

Pentru înțelegerea raportului dintre comunicare și limbaj în activitatea comunicațională a copiilor neauzitori, delimităm noțiunile de *vorbire*, *limbă* și *limbaj*.

Vorbirea este acțiunea de a vorbi și rezultatul ei; este folosirea limbii în procesul de comunicare între membrii unei anumite colectivități.

Limba este un sistem de semne și un ansamblu de reguli necesare pentru comunicare.

Limbajul este realizarea într-un act de comunicare a sistemului limbii, este un anumit fel de a vorbi, mod de a se exprima.

În comunicare vorbirea realizează două funcții interdependente:

- **comunicativă** – prin realizarea ei are loc procesul de relatare între oameni;
- **cognitivă** (de cunoaștere) – este o modalitate de exprimare a gândului. Grație acestei funcții omul poate să-și planifice și prognozeze activitatea. Asimilând

limbajul, neauzitorul concomitent își dezvoltă formele și operațiile gândirii. Vorbirea devine instrument al analizei, sintezei, comparației, generalizării, abstractizării.

În instruirea copiilor cu deficiențe auditive sunt preconizate metode „naturale”, care tind să-l facă pe copil să treacă la învățarea vorbirii prin aceleași etape de achiziție ca și în cazul copiilor auzitori, însă istoric, în sistemul educațional și instructiv, ca mijloc principal de demutizare s-a constituit **metoda orală** cu diferitele ei variante.

(I) Metoda orală urmărește însușirea emisiei (articulării) și a recepției vorbirii (cu sau fără proteze auditive), prin senzații vibro-tactile (verbo-kinestezice) și prin imagini vizuale ale organului fonator. Aplicată prin prisma cerințelor actuale, ea, în scopul exersării proceselor psihice, formării comunicării verbale, presupune realizarea recepției și emisiei vorbirii prin mijloace tehnice și didactice moderne (de exemplu, proteze electro-acustice individualizate).

În conținuturile metodei orale treptat apar *două curențe*:

- a. *metoda orală pură*; în cadrul căreia nu se acceptă mijloace auxiliare în însușirea vorbirii;
- b. *metoda orală combinată*, preconizată de Reich, care consideră mimico-gesticulația „ca o fereastră prin care te uiți în sufletul surdomutului înainte de a fi demutizat”:

În teoria și practica demutizării metodologic distingem *două principii*:

- a. *oral-fragmentarist*, ce se reduce la emiterea sunetelor izolate;
- b. *oral-globalist*, reperează pe însușirea vorbirii pornind de la un tot întreg (cuvinte și propoziții). Se consideră că

vorbirea predată global devine imediat expresia gândirii, diminuând ponderea limbajului gestual și a urmărilor acestuia.

Principiul oral-globalist se realizează prin mai multe metode:

- metoda „natural-britanică”;
- metoda „belgiană”;
- metoda „germană”.

Surdopsihopedagogia modernă, tradițional, urmează scopul de a eficientiza dezvoltarea *comunicării verbale* la copiii surzi.

(!) De altfel, se consideră că numai prin metoda orală se realizează „demutizarea” în adevăratul sens al acestei noțiuni. În condițiile utilizării în mod exclusiv a limbajului mimico-gesticular sau a dactilemelor, se consideră că nu se poate vorbi de demutizare, ci doar de instruire și educare.

Astfel, la ARL, la orele de limbaj și comunicare (dezvoltarea vorbirii) accentul se pune pe realizarea comunicării din necesitate, care să stimuleze copiilor interesul pentru vorbire. La tehnica vorbirii se exersează, în mod gradat și sistematic, pronunția fonemelor și structurilor verbale specifice limbii române, cu procedee folosite în mod deosebit în învățământul tradițional românesc.

În vederea exersării proceselor psihice și realizării comunicării verbale în cadrul orelor de tehnică a vorbirii accentul nu se pune pe articularea mecanică a fonemelor izolate, ci pe structuri fonetice: silabe și mai ales cuvinte, sintagme și propoziții în strânsă legătură cu conținutul lor semantic. Este știut faptul că pronunția este o latură externă a limbajului, iar însușirea articulării nu conduce automat și la dezvoltarea psihică complexă a copilului. Toate aceste metode și tehnici

aplicate prezintă una din etapele reabilității complexe a copiilor neauzitori și relevă caracterul pragmatic, acțional al psihopedagogiei moderne.

În cadrul activităților recuperative, accentul este pus pe aplicarea metodelor și sistemelor clasice:

- Sistemul „fonemelor prescurtate”. Se realizează o comunicare reală prin aplicarea a 17 foneme emise.
- Introducerea dactilemelor în comunicarea verbal-orală. Prin intermediul dactilemelor (1 sau 2 ani) se trece la demutizarea propriu-zisă.
- Realizarea comunicării verbale pe cale orală cu sprijin pe senzațiile vibrotactile, văz și aparate de amplificare a intensității sunetelor.
- Metoda verbo-tonală.
- Metoda natural-oralistă care se reduce la crearea mediului lingvistic.
- Metoda oral-aurală. Ea presupune protezarea adecvată.
- Metoda maternal-reflexivă. Pune accentul pe limbajul verbal scris sub forma „depozitului verbal” alcătuit din consemnarea conversației în care este implicat copilul.
- *Cued Speech* sau *Language parlé complete* (L.P.C.) este propriu-zis un sistem de decodare a mesajelor labiovizuale.
- Comunicarea totală care include folosirea combinată a metodelor orale, auriculare, scrise, manuale.

La momentul actual, sistemul de demutizare românesc, creat în activitatea practică și prin contribuția cadrelor didactice din școli și a cercetătorilor din institute și universități, îmbină într-

un mod original diferitele tendințe pozitive manifestate pe plan mondial. Dacă persoana este în curs de demutizare, treptat și de comun acord se renunță la limbajul mimico-gestual, urmând ca sunetele și apoi vorbirea să fie principalele instrumente ale comunicării verbale viitoare, încurajând în permanență atât efortul, cât și rezultatele obținute de neauzitor. Majoritatea copiilor au auz restant, ceea ce le oferă posibilitatea de a percepe unele componente fonetice ale vorbirii. Prin amplificare acești copii recunosc:

- frazele cunoscute;
- conturul ritmic al cuvântului;
- unele variații ale intonației.

În dezvoltarea auzului fonematic e important să ținem cont de următoarele:

- Se cere un anumit surplus al structurii acustice (sonore) al vorbirii. De exemplu, intonația trebuie să fie dinamică, de un tempou moderat, melodioasă. Pentru ce este necesar acest surplus? Pentru a asigura corectitudinea percepției. F. Rau conchide că anume această particularitate condiționează posibilitatea de a percepe unele elemente ale vorbirii, bazându-se pe reziduurile auditive existente.
- Una din condițiile importante ale dezvoltării auzului fonematic (verbal) este asigurarea unui mediu verbal și prezența amplificatoarelor. Percepția vorbirii în condiții de insuficiență auditivă conduce la activizarea regiunii motore a SNC. Drept modalitate compensatorie are loc stimularea pronunției cuvintelor. Datorită acestui fapt se consolidează relația audio-kinestezică. De exemplu, percepția fragmentară a structurii sonore a cuvântului

este suplinită prin reactualizarea imaginii kinestehzice.

- Prin acest intermediu se perfecționează legăturile funcționale între excitanții auditivi, vizuali, kinestezici. În așa mod se formează un fundament plurisenzorial în baza căruia se dezvoltă limbajul oral la copiii surzi.
- La surzi analiza morfologică a materialului verbal este diferită de cea a auzitorilor. Copiii sănătoși inițial percep imaginea fonetică a cuvântului în întregime, apoi învață a împărți cuvântul în silabe, împart silaba în morfeme (cea mai mică unitate a cuvântului care are sens, de exemplu „măic +uță”), apoi în sunete sonore alfabetice (foneme). La auzitori capacitatea de a evidenția cuvintele din totalitatea fluxului verbal apare cu mult mai tardiv decât capacitatea de a vorbi.
- La surzi formarea primelor reprezentări privind componența cuvântului se bazează pe percepția vizuală. În procesul achiziționării limbajului oral copiii încep a cunoaște unele foneme separate, apoi structura silabică a cuvântului, apoi – cuvântul în întregime. La neauzitori imaginea vizuală a cuvintelor predomină timp îndelungat asupra imaginii lui motorii.
- Surzii sunt lipsiți de comunicare verbală normală, ceea ce conduce la dificultăți de achiziționare a limbajului în general și mai cu seamă, în cunoașterea transformărilor gramaticale. Acest lucru se manifestă atât la nivel de codificare, cât și la nivel de înțelegere a construcțiilor gramaticale ale interlocutorului. În surdopsihologia contemporană greșelile gramaticale prezente în vorbirea surzilor poartă denumirea de *agramatism* (R.Boschis, I.Soloviov).

La diferite etape ale demutizării *caracterul greșelilor* este diferit:

- copilul nu identifică părțile de vorbire și nu le utilizează corect;
- utilizează incorect sufixele, prefixele, terminațiile. De exemplu „*căsuțel*” în loc de „*căsuță*”; „*masa*” în loc de „*masă*”;
- rareori folosește în vorbirea sa conjuncțiile, prepozițiile alte cuvinte de legătură (*Mama pleacă lucru*);
- omite frecvent părțile secundare de propoziție (complement, atribut), mai rar – părțile principale de propoziție (mai mult – predicatul);
- nu respectă consecutivitatea cuvintelor în propoziție (*Băiat pasărea hrănește*);
- construcțiile gramaticale sunt simple (propoziții scurte).

Aceste particularități *pot fi explicate* prin:

- imperfecțiunea schemei verbale,
- dificultăți ale memoriei verbale,
- prevalarea vocabularului pasiv asupra celui activ,
- neînțelegerea polisemantismului cuvântului,
- influența limbajului gesturilor.

Cu vârsta numărul greșelilor scade, dar se păstrează:

- greșeli în ceea ce privește diferențierea după gen, număr, caz (*Copii găsit sub casa pasărea*);
- determină cu dificultate: însuflețit /neînsuflețit;
- cu greu achiziționează noțiunea de „pronume” și-l aplică cu dificultate în vorbire. Uneori el este folosit

împreună cu substantivul (*El băiatul plânge*);

- rareori folosesc adjectivele, deoarece pentru a caracteriza un obiect se cere un nivel înalt de dezvoltare a gândirii verbale (activități de analiză, sinteză, abstractizare).

Copiii cu deficiență de auz întâlnesc dificultăți în stabilirea relațiilor între cuvinte. Ei nu posedă „*simțul limbii*” (A.Luria), ceea ce le-ar da posibilitate de a aplica eficient criteriile de selectare a formelor gramaticale corecte (de exemplu, „*Tata a venit la tabără*”).

Aceste greșeli gramaticale ne vorbesc despre:

- particularitățile funcționalității structurilor senzoriale;
- particularitățile gândirii intuitiv-plastice;
- particularitățile gândirii verbal-logice.

(!) Este cunoscut faptul: *cu cât tulburările secundare sunt mai apropiate de defectul primar, cu atât mai dificil este procesul corecțional*. Pronunția se află în dependență directă de tulburările de auz și formarea ei întâmpină dificultăți majore.

(!) Cea mai esențială particularitate a vorbirii neauzitorului constă în faptul că ei operează cu *imagini* concrete și *nu cu noțiuni*! Odată cu îmbogățirea vocabularului are loc detalierea semanticii cuvintelor (crește numărul de noțiuni).

În concluzie: achiziționarea comunicării verbale este însoțită de greutate în acumularea vocabularului, însușirea structurii gramaticale; a mișcărilor articulatorii corecte. La copiii sănătoși gândirea și limbajul se dezvoltă concomitent, pe când la copiii neauzitori dezvoltarea formelor intuitive ale gândirii depășesc cu mult dezvoltarea limbajului.

3.2. Alfabetul dactil

(!) Copiii surzi achiziționează concomitent câteva forme de comunicare: limbajul verbal (oral și scris), ce se prezintă drept instrument al gândirii; alfabetul dactil; labiolectura și comunicarea prin gesturi.

(!) Dactilologia este un mijloc de comunicare între surdomuți prin semne convenționale făcute cu degetele (din limba greacă: δάχτυλο – deget și λέξη – cuvânt), este o variantă khinestezică a limbajului, în care literele alfabetului sunt redată prin mișcări ale mâinii, o formă de comunicare ce se înfăptuiește prin intermediul mâinii.

Litera alfabetului dactilată se numește *dactilemă*.

Aspecte istorice

Cine și când anume a inventat modalitatea dactilologică de comunicare nu se cunoaște. Unele imagini, care reprezintă litere, prezentate manual, se întâlnesc în biblia latină din secolul X. Pentru prima dată alfabetul dactil a fost publicat în cartea călugărului spaniol M. de Vebra, editată în 1593 (S.Carmel, 1982).

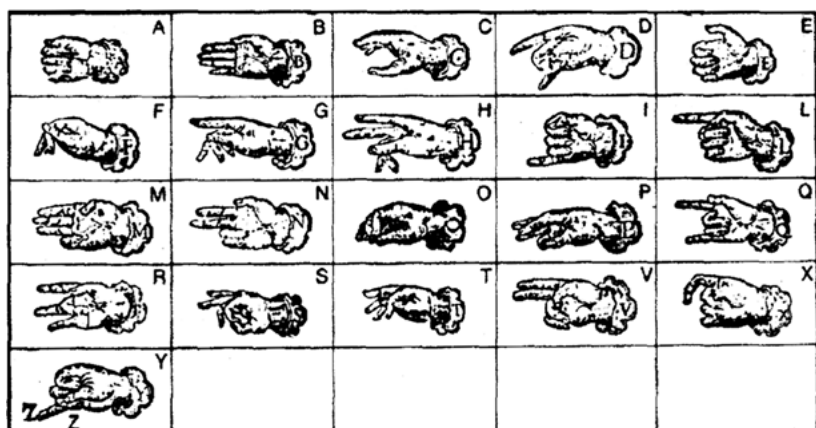


Figura 4. Alfabetul dactil spaniol, M. de Vebra (S. Carmel, 1982)

De ce pe timpuri alfabetul dactil era un domeniu de preocupare doar al bisericii? Răspunsul este, că una din cerințele castelor religioase era ca să se respecte „legea tăcerii”. Călugării comunicau între ei nu doar prin gesturi, ci și cu ajutorul dactilemelor. Începând cu secolul XVI modalitatea dactilologică de comunicare a început să fie utilizată în instruirea persoanelor surde, de către călugărul spaniol Pedro Ponce de Leon. Dar sistemul lui de instruire se ținea în secret și a rămas pentru noi o taină.

Pentru prima dată metodică de utilizare a dactilului a fost publicată în cartea „Natura sunetelor și arta de a-i învăța a vorbi pe surzi”, 1629, scrisă de J. P. Bonet. În cartea publicată în 1620 în Madrid a fost reprezentat alfabetul dactil al limbii spaniole (Alfabetul lui J. P. Bonet a fundamentat și alfabetul american elaborat la începutul sec. XIX de T.N.Galloudet și L. Clerc.



Foto 18. Ch. M. De L'Épée

În secolul XVIII în baza alfabetului dactil, propus de J. Bonet, a fost constituit alfabetul dactil francez de către primii surdopedagogi – Dj.Pereira, Ch. M. De L'Épée.

Prima publicație a alfabetului englez a dactilemelor datează cu 1698. Spre deosebire de cel spaniol și cel francez, alfabetul englez se realizează prin mișcarea ambelor mâini. Variantele lui modificate se folosesc pe larg în Marea Britanie, Australia.



Figura 5. Alfabetul dactil englez

Alfabetul dactil rus a fost prezentat în cartea lui V. Fleri „Surdomușii”, dedicată instruirii copiilor surzi și publicată în S.-Petersburg în 1835. Atât în alfabetul reprezentat aici, cât și în „Cursul enciclopedic”, scris de G. Gurțev, 1838, este reluată tradiția lui J. Bonet, adică reproducerea manual-grafică a conturului literei. Marea majoritate a dactilemelor, prezentate în manualul lui G. Gurțev, director al școlii de meserii pentru copii surzi din S.-Petersburg, intră în componența alfabetului dactil rus contemporan. În prezent au fost elaborate alfabetele dactile naționale: belorus, ucrainean, uzbek și armean.

În cartea lui Carmel S., 1982, sunt descrise 43 de alfabetele dactile, ce se utilizează în 59 de țări. În unele țări se folosește alfabetul dactil american: Gana, Liberia, Nigeria, în altele se utilizează cel englez – în Australia, Africa de Nord. În unele țări în curs de dezvoltare, așa ca Etiopia, Taivan, Venezuela, au fost elaborate alfabetele dactile originale.



J. Bonet

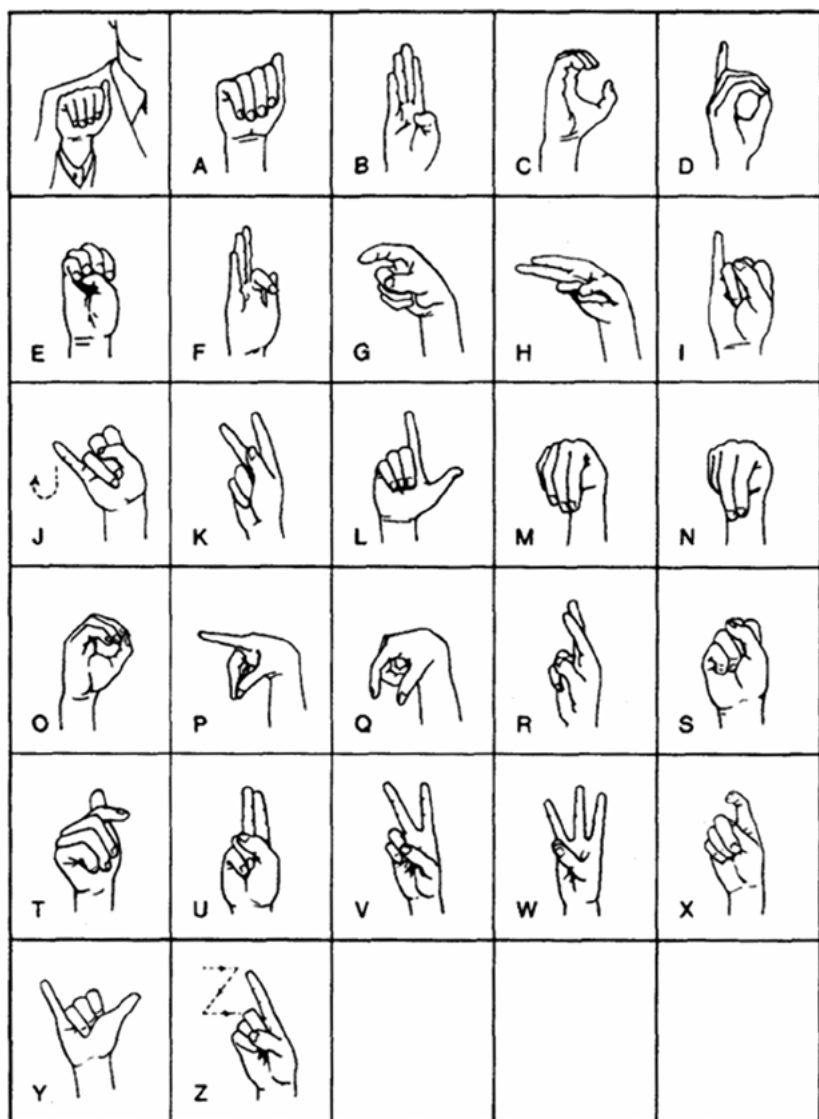


Figura 6. Alfabetul dactil internațional (S. Carmel, 1982)

Pentru persoanele cu surdocecitate a fost elaborat „Dactilul internațional al surdo-nevăzătorilor”. Mâna persoanei cu dizabilitate se află pe mâna celui ce vorbește, astfel are loc decodarea celor expuse.

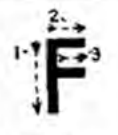
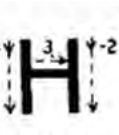
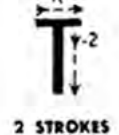
 2 STROKES	 2 STROKES	 1 STROKE	 2 STROKES	 4 STROKES
 3 STROKES	 1 STROKE	 3 STROKES	 1 STROKE	 1 STROKE
 2 STROKES	 1 STROKE	 1 STROKE	 1 STROKE	 1 STROKE
 2 STROKES	 2 STROKES	 2 STROKES	 1 STROKE	 2 STROKES
 1 STROKE	 1 STROKE	 1 STROKE	 2 STROKES	 2 STROKES
 1 STROKE				

Figura 7. Alfabetul dactil internațional pentru persoanele cu surdocecitate

Există și „Alfabetul dactil internațional” care se folosește începând cu anul 1963 la conferințele internaționale ale Federației Surdomuților.

Particularitățile alfabetului dactil

Cei ce au elaborat alfabetul dactil, se străduiau ca dactilemele să repete cât mai mult posibil conturul literei. Surdopedagogul I. Gheiliman în 1981 a propus următoarea clasificare a dactilemelor:

- *după modul de reprezentare* dactilema poate fi: (realizată prin mișcarea unei mâni sau prin mișcarea ambelor mâini);
- *după structura semnului*: dactilema poate reproduce contururile literei ori diferă de litera pe care o prezintă;
- *după reprezentativitate și semnificație*: dactilema poate reprezenta o literă, o silabă, atât o literă, cât și o silabă (mixt).

De exemplu, dactilemele alfabetului rus și spaniol se reprezintă:

- prin mișcarea unei mâni;
- reproduc contururile literei;
- după semnificație – reprezintă o literă.

Alfabetul dactil englez: este realizat prin mișcarea ambelor mâini (în afara literei s).

Alfabetul dactil chinezesc: este mixt (realizat prin mișcarea atât a unei cât și a ambelor mâini); variat; mixt (reprezintă atât o literă, cât și o silabă). La redarea unei silabe ambele mâini se mișcă concomitent - mâna stângă redă începutul, mâna dreaptă – sfârșitul silabei.

În același timp la unele popoare, spre exemplu în Polonia, alfabetul dactil redă nu literele, ci fonemele limbii, iată de ce există 32 de litere și 39 de dactileme (ch; cz; dz; rz).

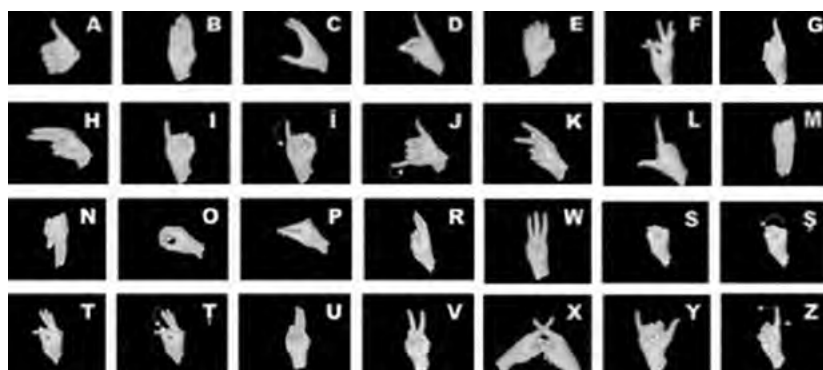


Foto 19. Dactilemele alfabetului limbii române (România)

În limba română sunt 26 de dactileme și 31 de litere. Literele se împart în grupe reieșind din particularitățile configurației lor, de exemplu dactileme, la redarea cărora degetele mâinii treptat se deschid: O; G; C; E. Sau: A; S; Ș.

Cele mai multe semne dactile corespund alfabetului scris. Astfel, semnele **m, n, o, c, l, u, v** acoperă în întregime grafemul, asemănarea fiind evidentă. Alte semne, cum ar fi **z**, imită grafemul prin conturare aeriană cu degetul arătător. Alte semne sunt mai mult sau mai puțin convenționale: **a, ă, i, j, p, r, f**. Numărul dactilemelor este identic cu cel al grafemelor. Semnele de punctuație amintesc mai degrabă de limbajul oral și nu de cel scris, de exemplu, nu există semne pentru punct, virgulă, semnul întrebării, exclamării; acestea realizându-se prin opriri convenționale și prin expresia feței. Ritmul dactilării este diferit și depinde de antrenament, de particularitățile individuale ale vorbitorului și de posibilitățile de recepție ale interlocutorului. Unii deficienți de auz ajung la o dactilare de până la 400 de semne pe minut.

Dactilemele alfabetului limbii române permit comunicarea, compunerea cuvintelor din semne și cunoașterea lor conform unui cod pe care copiii îl învață de mici.

Condiții necesare activității corecte de comunicare prin dactileme

În ce condiții se aplică dactilarea?

În sistemul educațional contemporan dactilarea se aplică începând cu vârsta preșcolară ca metodă auxiliară de instruire, concomitent cu limbajul verbal (oral și scris). Utilizarea alfabetului dactil (el fiind o formă de comunicare mult mai facilă decât comunicarea verbală) contribuie la memorarea mai eficientă a componentei cuvântului (literă-sunet) de către copilul surd. Conform cercetărilor surdopedagogice:

- limbajul dactilat este ușor perceput de către copil, el diferențiază fiecare element al cuvântului;
- dactilarea este o formă eficace de evaluare a limbajului propriu al copilului;
- prin dactilare se dezvoltă memoria kinestezică, grație căreia structura cuvântului se memorează mai repede;
- între kinestezia digitală și kinestezia articulatorie se formează relații neurodinamice, datorită cărora alfabetul dactil devine un suport esențial pentru comunicarea verbală.
- vorbirea dactilată contribuie la achiziționarea unui limbaj explicit, prezentat corect gramatical și cu un vocabular suficient;
- la etapele timpurii ale demutizării, dactilarea este o formă de comunicare ce substituie treptat gesturile;
- dactilarea stă la baza învățării cuvântului nou. Conform concluziilor surdopsihologiei corecționale și adaptive (B.Korsunskaja) prin dactilare pot fi redată noțiuni ce nu

au reprezentare gestuală: nume proprii (*Drochia, Orhei, Jupiter, Nistru, Carpați, Alexei, Andrei, Alina*), termeni științifici (elementele chimice - *magneziu, mercur*; părțile de vorbire – *verb*; părțile de propoziție - *complementul*), prepoziții și conjuncții (*pe, sub, în, și, la*);

- alfabetul manual se mai folosește și pentru reprezentarea terminațiilor: *medic + ul; copii + lor*.

Condiții necesare activității corecte de comunicare prin dactileme:

- e necesar a respecta ortografia limbii române;
- dactilarea e însoțită în mod obligatoriu de vorbirea orală;
- mâna ce dactilează se află la nivel cu umărul emițătorului;
- mâna nu e flexibilă în regiunea articulației cubitale (cotului);
- dactilarea cuvintelor trebuie să fie coerentă: mâna nu preia poziția inițială după fiecare literă dactilată a cuvântului.

Adeptii dactilologiei aduc următoarele argumente *în favoarea folosirii alfabetului dactil*:

- dactilemele constituie un sprijin important în cunoașterea componentei materiale a cuvintelor și în realizarea analizei și sintezei,
- asigură însușirea unui număr mare de cuvinte într-un timp relativ scurt,
- contribuie la înlăturarea comunicării mimico-gesticulare,

- de la alfabetul dactil se trece ușor la exprimarea orală sau scrisă,
- ajută la formarea gândirii noțional-verbale,
- dactilemele ajută la realizarea aferenței inverse, de ex., așa cum auzitorul aude ce se spune, surdul vede ceea ce se dactilează și pe această bază se poate autocorecta.

3.3. Limbajul mimico-gestual

Gesturile ca și limbajul sonor s-au constituit drept mijloace de comunicare cu 30-50 mii de ani în urmă.

Cele mai vechi sisteme gestuale sunt cele ale indienilor din America de Nord și ai tribului Aranta din Australia. În condiții de război, la vânătoare, încercarea prin tăcere, vădulele în perioada de doliu - gesturile se folosesc drept mijloc de comunicare in- și inter-tribal. Unele caste religioase ca trapiștii, urmașii Sf. Benedict ș.a., după ce depun jurământul tăcerii, comunică doar prin gesturi.

Comunicarea, în acest caz, se prezintă drept schimb de informație realizat prin interacțiunea componentelor verbale și nonverbale.

Gesturile se utilizează pe larg și în realitatea contemporană: în arte - pantomimică, dramaturgie, operă, cabuki (teatrul național - dramatic japonez), balet; în activitatea forțelor armate; în sport; în transport.

Limbajul mimico-gestual există sub **2 forme**:

- **limbaj popular** - se constituie conform sistemelor lingvistice naționale, cu un lexic și o gramatică deosebită, în aceste comunicări vorbirea orală nu se utilizează; limbajul gestual

popular are următoarele caracteristici.

- fraze scurte,
- verbul e prezentat după substantiv sau la sfârșitul propoziției,
- interogativele se prezintă la sfârșitul propoziției,
- forma negativă (nu) se prezintă la sfârșitul propoziției (de exemplu: „*Mama geamul șterge nu*”;

- **limbaj literar-lingvistic** - se constituie pe parcursul procesului de demutizare, gesturile devin echivalente ale cuvintelor, iar gramatica corespunde întru totul enunțului verbal, gesturile sunt însoțite de vorbirea orală.

Limbajul mimico-gestual este o formă de comunicare activă proprie surzilor. Conținutului său structural, posibilitățile expresive, relația cu gândirea la diferite etape ale ontogenezei ne oferă posibilitatea de utiliza limbajul mimico-gestual în vederea dezvoltării psihice a neauzitorilor.

Din istoricul constituirii limbajului mimico-gestual

Pedro Ponce de Lion, călugăr spaniol (1520–1584), după cum am menționat, a fost primul care a utilizat dactilemele și limbajul mimico-gestual ca metodă de instruire a surdomușilor. El considera că inițial e necesar ca neauzitorii să cunoască literele alfabetului și mai apoi dactilemele. Mai târziu s-a recurs și la achiziționarea pronunției. În acest caz, învățătorul concomitent aplica scrisul, dactilul, vorbirea orală, exersată prin sunete, apoi prin silabe. Ulterior au fost incluse cuvintele și îmbinările de cuvinte, cât și propozițiile. J. P. Bonet (Spania) a sistematizat și a fundamentat teoretic cunoștințele și concluziile acumulate.

În sec. XVII apar primele instituții de instruire colectivă a surzilor

(Franța, Germania, Dania, Anglia). Una din cele mai renumite instituții a fost deschisă în 1760, la Paris, sub conducerea lui Ch. de l'Epee, unul din fondatorii „metodei mimice”. Este argumentată necesitatea utilizării gesturilor ca metodă didactică de bază în instruirea surzilor. Puțin mai târziu, în Leipzig, Germania, își începe activitatea Școala de surzi fondată de Heinicke. În conformitate cu ideile idealiste ale lui I. Kant, Samuel Heinicke și colaboratorii săi afirmă că metoda cea mai importantă în instruirea neauzitorilor este vorbirea orală. Accentul era pus pe tehnica de postare și corecție a sunetelor; automatizarea în silabe, cuvinte, fraze; diferențierea lor. În jumătatea a II-a a sec. XVII, în instruirea persoanelor cu surditate se disting următoarele abordări metodice:

- *metoda mimică* (Școala engleză cu adepții săi: D. Buliver aplică metodele propuse de J. P. Bonet și presupune utilizarea în instruirea neauzitorilor a tuturor formelor de comunicare (comunicare orală, gesturi, dactileme);
- *metoda oralistă* (Școala olandeză cu reprezentanții săi: V. Ghelimonț, I. Aman), susține necesitatea utilizării în instruire doar a metodelor orale.

Educația organizată a surzilor în România s-a fundamentat, bineînțeles, pe cele mai evidente realizări ale surdopsihopedagogiei europene, însă, chiar de la bun început în educația copiilor cu deficiențe de auz s-au inclus schimbări în organizarea învățământului și în metodele de recuperare (C. Pufan, Ilie Stanica). A fost pus accentul pe metoda românească de demutizare, ale cărei baze au fost puse în special de D. Rusticeanu și I. Ciorănescu. Ea a fost echilibrată, accepta înnoirile, dar respingea exagerările.

Utilizarea limbajului mimico-gestual în spațiul educațional

din Moldova are o istorie destul de complicată și anevoioasă. Ea trece, în fond, aceleași etape și obține aceleași realizări ca și învățământul special din Sud-Estul european. Timp de peste 100 de ani domina tendința generală de a promova demutizarea copiilor neauzitori exclusiv prin metoda orală. Această politică s-a dovedit a fi falimentară. Limbajul gestual a continuat să existe, iar la ora actuală se fac tot mai multe încercări de a-l aplica în procesul comunicativ și educațional.

Limbajul mimico-gestual folosit de persoanele cu deficiențe de auz din Republica Moldova este compus din semnale vizuale, cu o gramatică și norme proprii, ca limbă naturală de sine stătătoare, în mare parte bazată pe limbajul semnelor ruse.

Limbajul mimico-gestual din RM (LMGRM) este limba comunității persoanelor surde din Republica Moldova.

La fel ca și celelalte limbaje mimico-gestuale (LMG) din lume, LMGRM:

- a apărut din nevoia de comunicare a persoanelor surde, ca modalitate naturală de adaptare la situația creată de absența posibilității de a comunica prin intermediul sunetelor,
- limbajul mimico-gestual a apărut în mod natural și s-a dezvoltat, într-o anumită comunitate de oameni, uniți de aria geografică și de istoria socio-politică, în care s-au dezvoltat, dar și pe fundalul unor tradiții culturale specifice, rezistente în timp,
- pe măsură ce unele elemente, pe fondul noilor realități sociale pe care le exprimă, limbajul mimico-gestual evoluează și se îmbogățește cu noi noțiuni și modalități de exprimare, unele elemente capătă un caracter arhaic, iar altele intră în uz.

Limbajul mimico-gestual devine o componentă tot mai activă a câmpului comunicațional.

Implementarea în câmpul comunicațional și educativ al neauzitorilor din Republica Moldova a limbajului mimico-gestual este fundamentată legislativ. Prin Legea de Protecție Socială a invalizilor № 822-12 din 12. 1991, art. 29 „statul recunoaște limbajul mimico-gestual drept limbaj de comunicare a persoanelor cu insuficiență auditivă severă”.

În practica pedagogică contemporană gesturile se utilizează destul de frecvent:

- ca metodă auxiliară de instruire;
- în lucrul educativ extrașcolar (excursii, marș turistic);
- în rezolvarea unor situații /probleme de conflict ce necesită un acord și o înțelegere deplină între persoane;
- ca mijloc eficace de decodare a formelor dificile de comunicare pentru neauzitori.

Prin aceste activități valențele formative ale limbajului mimico-gestual nu sunt valorificate pe deplin. În procesul de instruire și educare a copiilor surzi el trebuie să fie folosit ca:

- mijloc de demutizare;
- metodă compensatorie limbajului verbal absent kinestezic;
- element de comunicare a surzilor cu realitatea înconjurătoare.

Câmpul public și social de utilizare a limbajului mimico-gestual se lărgeste tot mai evident. În instruirea și educarea copiilor neauzitori trebuie valorificate concluziile științifice în raport

cu particularitățile constituirii istorice și utilizării limbajului mimico-gestual studiate teoretic în surdologie, psiholingvistică, teoria comunicației.

În implementarea practică a limbajului mimico-gestual în instruirea și educarea copiilor neauzitori vom ține cont de cunoștințele teoretice referitor la:

- gramatica limbilor gestuale, sistemul fonologic al ASL (Stokoe 1960),
- dimensiunile gestului; (Belugi 1972),
- mâna *activă* și *pasivă* și semnificația gestului (Battison 1978),
- particularitățile lexicului limbilor gestuale (Frishberg 1975; Bellugi, Klima 1976, Zaițeva G. L. 2000) ș. a.

ontogeneza gesturilor:

- la etapele timpurii ale dezvoltării psihice a copilului neauzitor limbajul gesturilor se constituie pe baza mijloacelor expresive de comunicare și a celor obiectual-practice,
- ei utilizează gesturile naturale în combinație cu mimica atunci când simt necesitatea de a comunica ceva.

Respectiv, în aplicațiile instructive vom ține cont că:

- de timpuriu copilul folosește gesturi demonstrative, apoi gesturi de imitare a unor activități (a scrie, a fugi), mai târziu gesturi ce reflectă relațiile între obiecte,

- limbajul mimico-gestual al neauzitorului se perfecționează în funcție de dezvoltarea proceselor de cunoaștere și de experiența practică.

Psihofiziologia gestului

În literatura de specialitate se întâlnesc termeni sinonimi: limbajul semnelor; limbajul mimico-gestual; mimică; limbajul gesturilor. Apare întrebarea de ce se utilizează termenul „mimică”?

În sec. XVIII-XIX, când au apărut primele manuale despre neauzitori, cuvântul „mimică” avea alte conținuturi: „metodă de exprimare a gândului nu doar prin mușchii mimici ai feței, cum se subînțelege azi, ci și prin intermediul mișcărilor corpului, inclusiv ale mâinilor.” Dar, treptat, cuvântul „mimică” a început să desemneze doar la mișcările mușchilor feței, iar pentru a reprezenta mișcările mâinilor se folosește termenul „gest” (G.Zaițeva).

Cele mai dese modalități de prezentare a gândului prin limbajul mimico-gestual sunt *imitarea și reprezentarea asociativă*. De exemplu:

- pentru reprezentarea unor verbe, se aplică imitarea acțiunii
- *a tăia, a spăla, a șterge*;
- în unele cazuri verbul se reprezintă prin reproducerea gestuală a obiectului, cu ajutorul căruia se înfăptuiește acțiunea, de exemplu, acțiunea „*a tăia*” se reprezintă prin gestul care înseamnă „*cuțit*”;
- pentru prezentarea calității se folosește imitarea trăirilor afective, condiționate de calitatea prezentată. De exemplu: „*acru*” – mimica feței redă grimasa corespunzătoare; sau – „*frica*” (vezi imaginea de mai jos):



frica

- ① sprâncenele ridicate și trase împreună
- ② pleoapele superioare ridicate
- ③ pleoapele inferioare încordate
- ④ buzele ușor întinse pe orizontală spre urechi

Foto 20. Prezentarea calității (frica)

- o altă modalitate de prezentare este imitarea descriptivă a obiectului prin gesturi plastice, de exemplu, *banana*, *morcovul*.

Particularitățile limbajului gesturilor

Limbajul gesturilor are anumite **particularități**:

- **este posibil a exprima concomitent două gesturi cu ambele mâini;**



*Foto 21. Scaune plasate vis-a-vis
(limba gesturilor în limba rusă).*

- **se pot utiliza gesturi similare;**



Foto 22. Scaun răsturnat Trei prieteni Treizeci

- **situația comunicării determină localizarea și orientarea gesturilor, adică, a modalității lor de prezentare), este posibilă transmiterea semnificației aspectuale, a conținuturilor.**



Foto 23. A privi Uită-te la mine Uitați-vă unul la altul Contemplați

- Un singur cuvânt poate fi reprezentat prin câteva gesturi (după R. Boschis). De exemplu, gestul *a șterge praful* este diferit de cel ce reprezintă expresia *a șterge* cu radiera;
- Același gest reprezintă și acțiune, și obiect: „*a fugi* = *fugă*; *a mânca* = *mâncare*; *a tăia* = *cuțit*” (**polisemantism gestual**), pe parcursul comunicării sensul se subînțelege din context.
- Particularități ale sintacticii. Consecutivitatea gesturilor nu corespunde consecutivității cuvintelor în propoziții. De exemplu: *”mama farfurie verde masă pune”*.

- Conjuncțiile, prepozițiile, cuvintele de legătură lipsesc.
- Implicarea frecventă a dactilării în timpul gesticulației: la redarea sufixelor, prefixelor, terminațiilor, cuvintelor ce nu au o reprezentare prin gest.

Limbajul gesturilor reprezintă una din formele gândirii neauzitorului. Procesul de memorare a gesturilor pentru el este cu mult mai facil decât memorarea cuvintelor. Însușirea limbajului semnelor înseamnă totodată și dezvoltarea capacităților de gândire (J. Șif, T.Rozanova). Particularitățile formării și dezvoltării limbajului la surzi preia o importanță majoră în constituirea tuturor proceselor lor psihice.

(!) Condiții de realizare a comunicării prin limbajul mimico-gestual:

- gestul trebuie realizat clar, expresiv;
- gesticularea, în mod obligatoriu, este însoțită de vorbirea orală;
- nu se permite a acoperi fața în timpul gesticulării;
- se vor evita sursele luminoase stridente ce afectează perceperea clară a gestului;
- în caz de necesitate se recomandă a utiliza dactilul (nume proprii, orașe, terminații, conjuncții, prepoziții);
- o mare importanță are direcția executării gestului (*a da, a lua, a plăti*), care reprezintă persoana despre care se comunică ceva (pers. I sau III);
- este necesar a implica mimica feții pentru a reda cât mai exact nuanțele intonației interlocutorului.

La auzitori, cititul este o activitate ce se constituie pe baza vorbirii orale. Ea presupune transformarea simbolului grafic

(grafemei) în sunete verbale. La surzi, această activitate parcurge deosebit. Prima etapă în constituirea cuvântului este percepția lui vizuală. Totodată la copii se formează primele închipuiri despre funcția de semnalizare a cuvântului. Începând cu sfârșitul sec. XX, în surdopsihologie o atenție deosebită se atrage dezvoltării reziduurilor auditive, prin intermediul cărora se formează percepția audio-verbală a comunicării (F. Rau, E. Cuzmiciova).

În elaborarea metodică a incursiunii educaționale vom reieși din următoarele:

- limbajul semnelor cuprinde un grup de limbaje de sine stătătoare, cu reguli proprii, structură proprie și modalități proprii de exprimare;
- un semn poate exprima mai multe cuvinte din limbajul vorbit;
- nu există un limbaj universal al semnelor;
- majoritatea copiilor surzi nu învață limbajul semnelor (90% provin din părinți auzitori).

3.4. Labiolectura

Labiolectura este perceperea vizuală a limbajului verbal sub formă orală după mișcarea buzelor vorbitorului.

Sau:

Proces de descifrare a limbajului vorbit, folosit de subiecții surzi, bazat pe analiza mișcării buzelor interlocutorului.

Mecanismul citirii de pe buze este destul de complicat, deoarece unele sunete ale limbii nu pot fi percepute labial, iar altele se aseamănă foarte mult între ele și pot fi confundate: 1.

c, g, h... 2. ([p, b, m], [t,d, n]) ș. a. De exemplu, cuvântul *mama* poate fi perceput de către deficientul de auz ca: *papa, baba, mapa, moba, bama, pama* ș. a. Deoarece labial sunetul „m” este la fel ca și sunetele „p”, „b”. În acest caz, un rol important îi revine și autocontrolului verbo- tactil, la fel și inteligenței copilului. Însușirea labio-vizuală a vorbirii este un proces de lungă durată, la care un rol important îl au procesele psihice (percepția, atenția, memoria vizuală și kinestezică, imaginația și inteligența), contextul verbal, motivația pentru vorbire și chiar și climatul afectiv. Sunt necesari mulți ani de exerciții pentru a deveni un “cititor” experimentat – și chiar și atunci o mare parte din text este „ghicit” în mod inteligent. În vederea învățării vorbirii prin labiolectură, copiii deficienți de auz trebuie stimulați, de timpuriu, să privească în față interlocutorul, folosind toate situațiile în care ei își ridică privirea spre persoanele cu care discută.

Se recomandă ca, inițial, vorbirea care apare sub forma unor mișcări ale buzelor celui care vorbește, să fie legată de situații concrete și de emoții plăcute, care să-l încurajeze pe copil să privească fața și gura interlocutorului. De exemplu: „Poftim păpușă!, ia o bomboană”. Repetându-se de mai multe ori mesajul verbal în situații concrete, copilul ajunge să asocieze fără greșală imaginea labio-facială a cuvântului de sensul lui. Orice cuvânt nou însușit de către copil trebuie neapărat să fie antrenat citirii de pe buze.

Atenția vizuală a deficientului de auz trebuie pregătită și educată începând de la vârsta cea mai timpurie pentru a sesiza mai întâi mișcările globale ale buzelor și feței interlocutorului pentru ca treptat, în timp, să ajungă să distingă cele mai fine nuanțe în procesul citirii de pe buze.

Pregătirea analizatorului vizual se realizează inițial prin exerciții

speciale de mișcări imitative efectuate sistematic.

Educația specială a ochiului este strâns legată de educația organelor care participă în procesul vorbirii și în special de mișcările limbii, buzelor, maxilarelor, laringelui, coardelor vocale și de mișcările feței. Dar nu trebuie uitat și faptul că prima etapă în însușirea labiolecturii este strâns legată de afectivitate, de crearea unor emoții plăcute, de satisfacerea unor nevoi și interese imediate. În această activitate de însușire a vorbirii, copilul trebuie întotdeauna atras, cointerestat și nicidecum forțat.

Însușirea articulației va juca un rol foarte mare în perfecționarea deprinderilor de citire labială a sunetelor, cuvintelor și propozițiilor. Învățând să pronunțe sunetele, să le lege, în cuvinte și propoziții, elevul face permanent și exerciții de citire labială.

Odată cu consolidarea pronunției unui sunet sau cuvânt, copilul își perfecționează și posibilitățile de citire labială ale sunetului sau cuvântului respectiv.

Condiții de realizare a labiolecturii:

- Stau întotdeauna cu fața spre cel cu care vorbesc.
- Nu răspund eu în locul lui.
- Îl întreb în așa fel încât să fie înțeles ușor.
- Nu-mi acopăr gura, nu mă întorc cu spatele, nu plec în timp ce vorbesc.
- Aștept până este atent înainte să încep să vorbesc.
- Îmi dau seama, că se cere multă concentrare și că el poate obosi ușor.

- Vorbesc la obiect și evit schimbările bruște de subiect.
- Vorbesc clar și cu o viteză acceptabilă.
- Folosesc repere vizuale, desenez, scriu numele etc.
- Am grijă să fiu în lumină și la distanța potrivită (aprox. 1 m).
- Nu conduc distanța niciodată doar pentru că eu aud și înțeleg mai repede.
- Am grijă ca prietenii mei care nu aud să nu fie excluși niciodată din conversație.

3.5. Comunicarea totală

Comunicare totală înseamnă dreptul fiecărui copil de a învăța și a folosi toate formele de comunicare, astfel încât să poată însuși competențele de comunicare.

În anii 30 ai sec. XX drept metodă de bază în instruirea copiilor cu surzii era considerată metoda verbală. Metoda manuală pe parcursul procesului educațional era considerată una auxiliară. Dar în scurt timp aceste cercetări au fost depășite de idei și concepții noi. Conform lor:

- scopul principal al instruirii neauzitorilor este inserția comunicațională;
- condiție importantă a reușitei este interacțiunea *plurifactorială* a metodelor.

Metoda „*Comunicarea totală*” este *plurifactorială* – este una din componentele sistemului de demutizare a neauzitorilor, care se deosebește prin impactul bio-socio-cultural, pe care îl exercită asupra persoanei, asigurând *inserția* în realitatea actuală.

Termenul „*comunicare totală*” a fost propus de Roy Holcomb

(1967) și diferențiază un adevărat univers educațional. Comunicarea totală pare a fi „*puntea*” care permite trecerea de la controversa – comunicare gestuală sau orală.

Asociația profesorilor britanici din școlile pentru copiii surzi în 1982 a dat următoarea definiție: „Comunicarea totală reprezintă o abordare a procesului de achiziție a limbajului care include folosirea combinată a metodelor orale, auriculare, scrise, manuale.”

„Toate punctele de vedere privind comunicarea totală se bazează pe principiul că limbajul poate fi atât gestual și grafic, cât și vocal și fonetic” (Bodner-Johnson, 1987).

(I) „Comunicare totală (Cristina Neamțu, Alois Cherguț, 2000) înseamnă folosirea tuturor tipurilor de comunicare, în ideea de a se completa reciproc și de a ajuta la corecta înțelegere a mesajului” (Cristina Neamțu, Alois Cherguț, Psihopedagogie specială, 2000).

Comunicarea totală include totalitatea limbajelor posibile:

- gesturi inventate de copil;
- limbajul gestual-formal;
- labiolectura;
- dactilemele;
- comunicarea verbală orală și scrisă (Sutcliffe, 1983).

Formele și metodele de aplicare a comunicării totale în procesul educațional se stabilesc în funcție de

- particularitățile psihofizice și psihofiziologice ale persoanei cu deficiențe auditive;
- modalitățile de comunicare folosite.

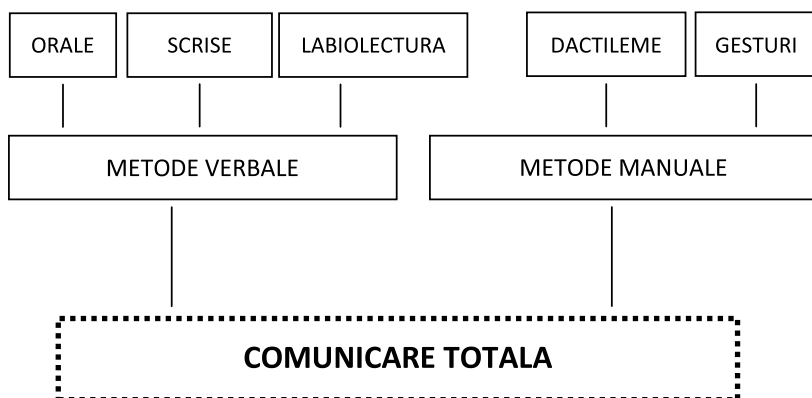


Figura 8. Comunicarea totală

Bodner-Johnson remarcă că este important să se înțeleagă că folosirea comunicării totale nu promite doar prin sine succese pentru copilul neauzitor. Mai au importanță:

- folosirea de timpuriu și constant a comunicării totale;
- un program de socializare individualizat;
- un curriculum academic bine elaborat;
- consultarea periodică a specialiștilor;
- colaborarea cu familia și comunitățile surzilor în diferite activități.

Concluziile desprinse din studiile lui Bodner-Johnson (1987) sunt:

- limbajul copiilor surzi care beneficiază simultan de un limbaj prin semne și vorbit se dezvoltă ca și auzitorii, raportat la aceeași perioadă de timp;
- cunoașterea și folosirea limbajului prin semne de către neauzitori nu inhibă dezvoltarea și folosirea vorbirii;
- copiii deficienți de auz care beneficiază de comunicarea

totală au o performanță lingvistică, academică și socială mai bună decât cei care folosesc comunicarea orală.

Interesul crescând pentru metodele combinate și pentru cele cu suport vizual a făcut ca aceste sisteme de comunicare să fie implementate treptat în sistemul educațional național. Vechea controversă - dezbaterea pe tema oral-manual nu mai este considerată relevantă. Diferite tipuri de metode de semnalizare vizuală sunt calificate drept suplimentare care nu substituie abordările metodologice consacrate metodelor orale. Majoritatea specialiștilor au în atenția lor problema dublării fluxului informațional receptat și sporirea calității lui. Utilizarea tuturor metodelor orale-auriculare-manuale.

4. Abilitarea persoanelor cu dizabilități de auz

Copiii cu deficit de auz, inclusi în învățământul general, învață după curricula generală, având totodată PEI (Planul educațional Individualizat), care se completează cu activități de terapie compensatorie.

(!) Întreg sistemul educațional este orientat spre compensarea deficienței auditive și abilitarea/reabilitarea persoanei neauzitoare.

Compensarea deficiențelor auditive reprezintă o componentă a mecanismului biologic în menținerea și redresarea funcțiilor vitale din organism. Este răspunsul sistemului biologic la perturbări.

La baza compensării stă plasticitatea deosebită a sistemului nervos central. În procesul instructiv-educational compensarea înseamnă reducerea consecințelor deficienței și recuperarea funcțiilor lezate. Astfel, de exemplu, este necesar a ține cont de caracteristicile fizice ale excitantului sonor.

Tabelul 6. Puterea sunetului

Sursa de sunet	Puterea sunetului P_{ac} watts	Nivelul de putere al sunetului L_w dB re $10^{-12}W$
Racheta	1,000,000 W	180 dB
Motor turbojet avioane	10,000 W	160 dB
Sirena	1,000 W	150 dB
Concert rock, camioane	100 W	140 dB
Mitraliera	10 W	130 dB
Pic-hammer	1 W	120 dB
Trompetă, excavator	0.3 W	115 dB
Lătratul câinelui	0.1 W	110 dB
Elicopter	0.01 W	100 dB
Voce tare, plâns de copil	0.001 W	90 dB
Vorbirea, mașina de scris	10^{-5} W	70 dB
Frigider	10^{-7} W	50 dB
Pragul audibil	10^{-12} W	0 dB

Formele compensării sunt:

- regenerarea organică;
- vicarierea (suplinirea);
- restructurarea funcțională.

Dintre **activitățile de terapie** cu o mare încărcătură compensatorie putem numi:

- limbajul semnelor, alfabetul dactil (la necesitate);
- labiolectura (la necesitate);
- ritmica și educația fizică curativă; kinetoterapia;
- dezvoltarea auzului fonematic;

- terapia ocupațională;
- dezvoltarea percepției tactile și motoricii inferioare;
- dezvoltarea percepției vizuale;
- logopedia.

Factorii condiționali ai compensării sunt:

- gradul deficienței;
- cauza deficienței;
- consecințele pierderii vederii;
- particularitățile copilului cu deficiențe de vedere: nivel intelectual, temperament, caracter;
- deficiențele asociate tulburărilor de vedere.

Direcțiile de realizare a compensării ar fi următoarele:

- *folosirea unor sisteme auditive sau a unor aparate (vin în sprijinul suportului biologic al compensării) și mobilizarea resurselor de auz;*
- *interacțiunea analizatorilor și restructurarea legăturilor funcționale pentru o acțiune unitară (compensarea polisenzorială, importantă mai ales în cazul nevăzătorilor);*
- *participarea fenomenelor mnezice; memoria senzorială;*
- *participarea proceselor superioare de cunoaștere și educația auditiv-vizual-perceptivă (pentru cei cu resturi de auz);*
- *mobilizarea atenției și implicarea factorilor motivaționali.*

Adesea se întâlnește o asociere între deficiența senzorială și cea de intelect, care poate fi:

- consecință a deficienței senzoriale;

- deficiență cu etiologie comună sau de altă natură care însoțește deficiența senzorială.

În primul caz, efectele recuperatorii pot avea o evoluție mai bună decât în al doilea caz.

(!) *Observații:* Activitățile didactice (și nu numai) trebuie să se bazeze pe metode intuitive - principiul fundamental al educării și instruirii deficienților de auz este principiul intuiției.

4.1. Compensarea auzului deficitar: exerciții de stimulare plurisenzorială

Există mai multe direcții de acțiune educativă: exerciții de educație polisenzorială; învățarea alfabetului dactil și a limbajului semnelor; dezvoltarea atenției; gândirii; memoriei copilului cu pierderi auditive.

(!) Învățământul destinat dizabilităților de auz se axează în mare parte pe activizarea funcțională a analizatorilor valizi. Prezentăm câteva metode și tehnici de educație și compensare polisenzorială (variantă adaptată după I. Stănică, 1994).

(!) Scopul activităților prezentate mai jos este reeducarea/abilitarea funcțională a analizatorilor neafecțați, în sensul de a stabili o relație funcțională nouă la persoanele cu deficit de auz.

4.1.1. Educația tactil-kinestezică

Jocuri de comportament motor:

- jocuri cu nisip: a umple / a goli o găletuță, a face cozonaci și diferite forme, a săpa și a face tunele;
- jocuri cu apă: a umple / a goli vase, sticle cu lingurița, cu lingura, cu pipeta, cu tuburi de cauciuc, cu pâlnia.

Activități de educație estetică prin activizarea tactil-kinestezică:

- a face buchete, a așeza flori în vase;
- a aduna frunze uscate;
- a aranja o fructieră.

Activități de lucru manual:

- a înșira mărgelile, frunze verzi sau uscate, mosorele, paste făinoase, semințe;
- a împleti (ață, sfoară, țesut);
- identificarea formelor prin pipăit.

Recunoașterea figurilor și corpurilor geometrice, precum și a unor obiecte cu contur geometric bine conturat:

- Decupaje de figuri geometrice;
- Colaje de figuri geometrice de mărimi și culori diferite, juxtapuse sau prin suprapunere;
- Reconstituirea întregului din părți;
- Încastrare;
- Parcurgerea vizuală a conturului unor imagini concomitent cu parcurgerea aceleiași contur cu mâna, cu un indicator sau cu un creion;
- Copierea unor desene din ce în ce mai complexe (începând cu cele cu contururi regulate), la indigou;
- Exerciții la corector (conturul se parcurge cu un creion electric, greșelile fiind semnalizate printr-un semnal sonor);
- Exerciții de decupare cu suportul kinestezic al vederii, care se exercită prin controlul mișcărilor efectuate (se vor decupa figuri tot mai complexe). Siluetele decupate vor fi apoi lipite pe o hârtie de culoare contrastantă,

după model sau din imaginație. Se obțin astfel imagini reliefate, care servesc unei asocieri între percepția vizuală și cea tactilă. *Variante:* se pot face apoi din carton, traforaj, modelaj;

- Perforarea unor puncte de diferite mărimi și la diferite distanțe, pentru a alcătui contururi de o complexitate crescândă; ulterior, se va reface desenul prin unirea punctelor.

4.1.2. Exerciții de coordonare polisenzorială

Exerciții de percepere vizuală a unui obiect perceput tactil, în condiții de:

- liniște;
- asociere cu o sursă sonoră;
- zgomot produs de un avion;
- în timpul curgerii continue și / sau intermitente a unui robinet cu apă;
- ascultare a unei melodii vesele / triste; muzică simfonică / muzică ușoară.

Variante: descifrare de problemă / exercițiu; parcurgerea unui labirint; corectare de greșeli gramaticale; compunerea unei povestiri după tablouri în ordine logică sau redată în ordine întâmplătoare.

- Asocierea unui sunet cu o lumină puternică (se variază intensitatea);
- Urmărirea unui traseu (de complexitate crescândă) realizat cu proiecția unei surse luminoase (într-un spațiu întunecos); se asociază cu o sonerie, cu un obstacol, inițial la aceeași distanță, apoi la distanțe variabile.

4.1.3. Exerciții de dezvoltare a auzului restant

Etapele educării auzului:

- copilul asculta și e învățat să reacționeze la sunetele auzite;
- copilul e învățat să depisteze localizarea sursei sonore (sunetele devin semnificative);
- copilul învață să diferențieze sunetele non-verbale (de ex., identifică jucăriile numai după sunetul emis: clopoțel, urs).

Se recomandă exerciții de diferențiere a calității sunetelor:

- după durată (lung-scurt);
- după frecvență (înalt-jos);
- după intensitate (tare-încet).

Identificarea și diferențierea sunetelor verbale

Tipuri de exerciții:

- exerciții de diferențiere a vocii umane de sunete instrumentale;
- exerciții de diferențiere a vocii umane: *bărbat, copil, profesor, propria voce*;
- voce solitară – grup de voci (*cor*);
- recunoașterea și reproducerea fonemelor (*vocale, consoane*);
- diferențierea cuvintelor asemănătoare după fonație;
- distingerea elementelor prozodice ale limbii (*ritm, intonație*).

Cum se educă auzul?

Educarea auzului se realizează:

- atât în cadrul școlar organizat (prin activități special concepute), cât și neorganizat (ori de câte ori apar situații care permit acest lucru);
- atât cu instrumente muzicale, de ritmică (dezvoltarea ritmului) și cu obiecte ce constituie surse sonore (antrenament auditiv nonverbal), cât și cu vocea (antrenament auditiv verbal).

Oferiți copilului posibilități de a percepe sunete atât în mediul artificial (cabinet, clasă etc.), cât și în mediul natural (plimbări, vizite, acasă, diverse dialoguri).

Exemple

Turnați apă într-un pahar (în încăpere, de la robinet);

Aplicați exerciții de imitare a sunetului produs de motoarele automobilului;

Imitați zgomotul apei în natură (ploaie, fântână arteziană, râu);

Perceperea vibrațiilor din natură.

Care sunt obiectivele pe care le urmărim prin educarea auzului?

Formarea și dezvoltarea capacității de a reacționa la sunete verbale, nonverbale, zgomote, vibrații Formarea abilității de a diferenția sunetele Formarea și dezvoltarea abilităților ritmice Dezvoltarea atenției auditive Dezvoltarea memoriei auditive.
--

Principalele condiții pentru realizarea activităților de educare

☒ să fie o atmosferă calmă;

- ☑ să fie un mediu ambiant plăcut;
- ☑ să li se stârneasă curiozitatea copiilor în legătură cu activitatea;
- ☑ să fie stimulați și susținuți pentru a fi:
 - atenți;
 - concentrați;
 - bucuroși să audă sunete;
 - dotori de a folosi surse sonore, instrumente.

Exerciții și jocuri didactice

Identificarea zgomotelor:

- identificarea zgomotelor de circulație;
- recunoașterea diferitelor tipuri de vehicule după zgomotul produs;
- identificarea direcției de unde vin aceste vehicule;
- identificarea zgomotului produs de obiecte de lemn în cădere, obiecte de metal în cădere, obiecte rostogolite, minge izbită de material dur, spargerea geamului, trântirea unei uși, motorul unui avion.

Identificarea sunetelor (intensitate, timbru, tonalitate):

- Exerciții de distingere a sunetelor (ce aude: *voce, strigăt, zgomot, sunet de la un instrument muzical etc.*).
- Exerciții de percepere a deosebirilor dintre o melodie cântată *cu vocea / cu instrument muzical, diferențele dintre un sunet grav și unul înalt, lung / scurt, forte / piannissimo.*
- Recitarea cu intonație a unor poezii scurte.

- Ghicirea după voce a unei persoane pe care nu o vede (Jocul „*Deschide urechea bine*”).
- Exerciții de diferențiere a consoanelor surde de cele sonore (cuvinte paronime) **t-d**: *tuș / duș; spate / spade; tata / data*; **p-b**: *para / bara; pun / bun; pere / bere*; **v-f**: *vată / fată; vag / fag; vază / fază*; **j-ș**: *jale / șale; joc / șoc; g-c*: *gară / cară; goală / coală; s-z*: *sare / zare; sac / zac*.
- Identificarea sunetelor după frecvență (număr de vibrații pe secundă): sunete înalte / joase; după amplitudine (gradul de deplasare a unei față de poziția de echilibru = intensitate); după forma undei, determinată de natura sursei sonore = timbrul.
 - Exerciții pentru diferențierea sunetelor cu punct de articulare apropiat: **s-ș** (*școală / scoală; paște / paste; mușcă / muscă, laș / las*); **z-j** (*zale / jale; zar / jar*); **ț-ce-ci** (*ațe / ace, înțepă / înceapă*); **r-l** (*ramă / lamă, rac / lac; rampă / lampă*).
 - Identificarea cuvintelor diferite cu punct de articulare apropiat: *barcă-barză-bardă; țap-top-dop; cer-ger*).
 - Exerciții pentru studierea timbrului: (recunoașterea sunetelor emise de diferite instrumente): flaut-xilofon-armonică-țiteră; reproducerea melodiei de către copii; comparații între melodia redată de două instrumente diferite; exerciții de recunoaștere, controlul memorării timbrului la fiecare instrument, suprimând intervenția vederii; exerciții de recunoaștere a melodiei redată pe magnetofon, disc, instrumente improvizate.
 - Exerciții de studiere a intensității (vocea în vorbire normală, în vorbire în șoaptă, vocea ridicată, cântecul cu voce joasă, fredonată, țipăt, instrumente muzicale (forte, pianissimo); se vor face legături între intensitate și traducerea unei stări (ex.: forte = marș); exerciții cu vocea copilului (să vorbească cu glas

tare, să cânte, să umble apăsător, să sune un clopoțel, să cânte în surdina etc.).

- Exerciții pentru studiul variației intensității (reproducerea vocală a unor nuanțe, fie vorbind, fie citind, a unor sunete executate la pian, cu varierea intensității); exerciții pentru studiul variației intensității în funcție de distanță (prin îndepărtarea sau apropierea progresivă de sursa sonoră).

- Exerciții pentru studierea înălțimii sunetelor: distingerea sunetelor joase / ascuțite cu instrumente și cu vocea: clasificarea instrumentelor după registrul lor (contrabas, violoncel, vioară); exerciții de fonomimică sau fonogestică (la auzul unui sunet, copilul își va așeza mâna într-o anumită poziție) etc.

Identificarea vocii umane, a sunetelor din natură:

- identificarea colegilor după voce;
- identificarea profesorilor după voce;
- identificarea profesorilor după maniera de mers;
- identificarea păsărilor, animalelor după strigătele, cântecele lor;
- identificarea onomatopeelor (Poc! Troscl! Pleosc!);
- identificarea strigătului unui animal și a vocii umane care-l imită.

Identificarea, discriminarea, localizarea sunetelor:

- identificarea, localizarea, discriminarea sunetelor produse de mersul în cameră, închiderea unor uși, mașina de scris etc.;
- identificarea, localizarea, discriminarea sunetelor

înregistrate în condițiile unei plimbări;

- identificarea unui sunet dintr-o mulțime de sunete.
- Exerciții de conștientizare a asemănărilor și deosebirilor dintre literele de tipar și reprezentarea lor grafică de mână, pe de o parte și sunet pe de altă parte.
- Diferențierea sunetelor și literelor asemănătoare acustic sau optic.
- Formarea de cuvinte din litere și sunete ce pot fi confundate.
- Sublinierea unor litere asemănătoare grafic într-un text.
- Pronunțarea unui sunet și sublinierea lui în text.
- Folosirea unui sunet al cărui volum poate fi modificat (cântec, radio); copilul trebuie să se ridice când sunetul devine mai puternic și să se așeze când slăbește; să întindă brațele pe măsură ce sunetul se amplifică și să se apropie pe măsură ce se diminuează.
- Joc: să ghicească, după sunetele produse, ce acțiune se realizează: mers pe vârful picioarelor, închiderea ușii, ruperea unei hârtii etc.

Determinarea direcției de unde provin sunetele (*aproape, departe, în față, în spate*):

- în condițiile unei surse sonore imobile se cere: să indice proveniența sunetului; să se îndrepte cu fața spre sunet; să se întoarcă cu spatele față de sursa sonoră; să se așeze la dreapta, la stânga față de sursa sonoră; să stea „pe vine” ca sunetul să fie deasupra lui; să se apropie de sunet; să se oprească lângă sursa sonoră; să înconjoare sursa; să se oprească la stânga sau la dreapta ei.

- în condițiile unei surse sonore mobile, se cere: să spună dacă sunetul se apropie sau se depărtează de el; să indice momentul în care sursa e înaintea lui, în spate, la dreapta, la stânga, să se deplaseze urmând sursa sonoră și să rămână totdeauna înaintea lui, în spate, la stânga, la dreapta sa.

- în condițiile unei surse sonore continue, se cere: să se îndrepte către sursa sonoră, care, în mod progresiv, își micșorează durata.

- Jocuri: se va amplasa câte un grup de copii la fiecare colț al clasei, cu un mijloc pentru emiterea sunetelor (zurgălăi, clopoțel, fluier) și unul în mijlocul sălii; trebuie să recunoască instrumentul folosit, să întindă brațul în direcția de unde vine sunetul (cu ochii închiși); jocul „de-a v-ați ascunselea” (cel care caută este legat la ochi și-și semnalează prezența fluierând); gospodina, cu ochii legați, pleacă în căutarea puișorilor care s-au rătăcit; „Animalul și vânătorul” (animalul emite sunetul și vânătorul, legat la ochi, trebuie să-l găsească).

- Exerciții pentru obișnuința de a urmări o sursă sonoră: joc cu mingea ce conține o sursă sonoră, fiecare copil o va rostogoli, arunca și prinde (ex.: o minge de ping-pong plină cu bolduri).

Reproducerea ritmului:

- Imitarea unui ritm dat (după model și după comandă verbală): bătutul din palme; lovirea suprafeței mesei; lovirea a două bucăți de lemn sau alt material, într-un ritm dat.

- Discriminarea numărului de lovituri: să numere de câte ori o minge atinge podeaua; să numere de câte ori se bate tactul pe masă.

- Repetarea unui sunet muzical (dat de diapazon, clapa

unui pian etc.), într-un anumit ritm.

Astfel, activitatea pedagogică bazată pe cunoașterea capacităților de limbaj a copiilor cu dizabilitati de auz, utilizarea instrumentariului compensatoriu și a comunicării totale, ca modalitate și instruire, este un deziderat al întregului proces de abilitării a persoanelor cu dizabilitati de auz.

4.1.4. Dezvoltarea funcției vizuale a copilului neauzitor

(!) În dizabilități auditive senzațiile vizuale rămân a fi dominante. Văzul trebuie antrenat în vederea optimizării funcționalității (pentru a preveni efectele oboselii, din cauza antrenării permanente în activitate) și compensării deficitului de auz (labiolectură; comunicare mimico-gestuala, utilizarea alfabetului dactil ș.a.).

Educația vizuală se desfășoară ca activitate individuală și/sau activitate în grupuri organizate după diferite criterii (specificul, natura, gradul și dinamica deficienței auditive, indicii funcționali ai vederii, recomandările și restricțiile de ordin medical, vârsta copilului, alte deficiențe asociate);

- antrenamentul vizual este indicat pentru orice copil cu deficiențe senzoriale;

- selectarea tipurilor de exerciții în funcție obiectivele corectiv-compensatorii și recuperator-formative stabilite pe baza diagnosticului psihopedagogic;

- în orice activitate de educație vizuală este necesară dozarea efortului vizual prin creșterea complexității, duratei și dificultății exercițiilor;

- activitatea de educație vizuală se efectuează în cadrul orelor (putând face parte din toate activitățile școlare);

- activitățile de educație vizuală trebuie desfășurate în condiții adecvate (iluminat, confort, material didactic, mijloace optice și de compensare adaptate nivelului de dezvoltare fizică și psihică) și într-un context socio-afectiv empatic pentru a stimula interesul și atenția copilului.

Exerciții pentru ochi

1. Poziția inițială – șezând:

Țineți ochii strânși timp de 3-5 secunde. Repetați de 6-8 ori. Exercițiul întărește mușchii pleoapelor, îmbunătățind circulația sanguină și relaxând mușchii oculari.

2. Poziția inițială – șezând:

Clipiți repede din ochi în decursul a 1-2 minute. Exercițiul stimulează circulația sanguină.

3. Poziția inițială – stând în picioare:

Privind direct spre sine 2-3 secunde, puneți degetul mâinii drepte pe linia de mijloc a feței la o distanță de 25-30 cm și lăsați mâna în jos. Repetați de 10-12 ori. Exercițiul scade nivelul de oboseală, înlesnește lucrul ochilor la o distanță apropiată.

4. Poziția inițială – stând în picioare:

Întindeți mâinile în fața voastră și priviți la vârful degetelor, apoi încet apropiați degetul de linia de mijloc a frunții, urmând cu vederea până când degetul în ochii voștri ia o formă dublă. Repetați de 6-8 ori. Exercițiul îmbunătățește acuitatea vizuală la o distanță mică.

5. Poziția inițială – șezând:

Șezând, închideți pleoapele masându-le foarte încet cu vârful degetelor. Repetați în decursul 1 minut. Exercițiul relaxează mușchii și înlesnește circulația sanguină.

6. Poziția inițială – stând în picioare:

Puneți degetul mâinii drepte pe linia de mijloc a feței la o distanță de 25-30 cm de la ochi. Priviți vârful degetului 3-5 secunde, acoperiți cu mâna stângă ochiul stâng pentru 3-5 secunde, luați mâna, priviți vârful degetului pe linia de mijloc a feței la o distanță de 25-30 cm de la ochi, priviți vârful degetului 3-5 secunde, acoperiți cu mâna dreaptă ochiul drept pentru 3-5 secunde, luați mâna și priviți vârful degetului 3-5 secunde. Exercițiul întărește mușchii oculari (vedere binoculară).

7. Poziția inițială – stând în picioare:

Ducând mâna în partea dreaptă, mișcați încet degetele pe jumătate îndoite de la dreapta spre stânga cu capul nemișcat, urmând cu privirea degetele și viceversa. Repetați de 10-12 ori. Exercițiul întărește mușchii oculari, mișcarea orizontală și universalitatea orientării lor.

8. Poziția inițială – șezând:

Cu 3 degete ale fiecărei mâini apăsați ușor pleoapa de sus, iar peste 1-2 secunde luați degetul. Repetați de 3-4 ori. Exercițiul înlesnește circulația lichidului interior.

Exerciții de explorare vizuală

- Explorarea jucăriilor.
- Completarea unei siluete umane lacunare (manechin, imagine).
- Investigarea unui contur de ceas, cu scrierea orei exacte.
- Trasarea unui contur prin unirea de puncte.
- Asamblarea unui obiect din părțile componente.
- Labirinte simple.

- Diferențierea mărimilor descrise.
- Descrierea unor tablouri cu un număr mic de acțiuni.
- Redarea verbală și gestuală a unor povești după imagini colorate.

Structurare spațială

- Exerciții pentru direcția spațială; dreapta-stânga, sus-jos, înainte-după; înăuntru-în afară.
- Exerciții de orientare în raport cu un obiect orientat (automobil, casă, masă), cu o persoană.
- Exerciții de transpunere dintr-un plan orizontal într-un plan vertical și invers.
- Exerciții de apreciere a distanțelor: departe-aproape, lung-scurt, subțire-gros, mare-mic, dedesubt-deasupra.
- Exerciții de cunoaștere și orientare în spațiul apropiat.
- Exerciții de orientare spațială: rând, coloană, față-n față, spate în spate.
- Exerciții de urmărire a unui traseu.
- Exerciții de orientare când se schimbă reperele.
- Exerciții de completare a ceea ce lipsește.
- Exerciții de plasare și orientare a obiectelor.
- Exerciții de reproducere a unui model dat.
- Exerciții de permutări, substituirii de formă, culoare, dimensiune.
- Exerciții de simetrie (desene neterminate).
- Jocuri cu trasee și planuri.
- Mozaicuri executate prin desen sau prin construcție (Joc „Mozaic”).

Localizarea vizuală a obiectelor în spațiu

- Exerciții pentru perfecționarea simțului profunzimii: exerciții la stereometru; cu ajutorul unor sfori, tije, butoane sau manivele, elevul aliniază baghete, popice sau alte obiecte aflate la distanța stabilită; o marionetă poate fi deplasată înainte și înapoi, prin manipularea unor sfori, până când ajunge sub un balon; copilul este stimulat de sarcina amuzantă de a face ca mâna ridicată a marionetei să atingă balonul.

Discriminarea intensității unei surse luminoase (la început de intensități extreme, apoi din ce în ce mai apropiate)

- Cu ajutorul unei lanterne se „luminează” ritmic și o singură dată câte un elev sau câte un obiect din clasă. Se cere să se spună: ce elev sau ce obiect a fost „luminat” ultimul (mobilizarea privirii).

Explorarea analitico-sintetică a obiectelor și imaginilor grafice

- Exerciții de recunoaștere a literelor din alfabetar, de la distanța de 2,5 m, cu încercarea de a depăși această distanță.

- Exerciții pentru păstrarea distanței corecte la citit (pe texte cu același conținut, dar cu mărimea literei individualizată).

- Copierea pe calc a literelor, imaginilor, apoi decuparea imaginii copiate.

- Descoperirea greșelilor într-un text (omisiuni de litere, litere dublate etc.).

- Exerciții pentru învățarea formei literelor, pentru antrenarea motricității grafice, formarea unor deprinderi noi de orientare în actul scrisului.

Percepția vizuală

- Identificarea și descrierea obiectelor.
- Descoperirea lacunelor sau erorilor intenționate dintr-o imagine.
- Compararea imaginilor asemănătoare în ansamblu, dar cu amănunte (detalii) diferite.
- Clasarea unor imagini pe categorii funcționale.
- Exerciții de rapiditate a percepției (reducerea treptată a timpului necesar pentru recunoașterea unei imagini la o distanță dată).
- Exerciții pentru perceperea unor imagini din ce în ce mai bogate în detalii.
- Complex structurat de tip Engwall Malmquist
să recunoască figurile identice sau diferite și să indice diferența

Percepția formei

- Identificarea obiectual-acțională a formei (denumirea obiectelor din câmpul perceptiv care au o anumită formă, însoțită de manipularea lor).
- Identificarea formelor care, anterior, au fost explorate tactil.
- Încăstrare de tip: Marie de Maistre, Jean Dubosson, Denise Rouque, A. Rey, J. Le Roche, S. Ott.
- Parcurgerea conturilor însoțită de mișcări oculare.
- Se așază pe suprafața palmei o cheiță, un nasture, figuri geometrice din lemn și metal și se cere să se determine forma acestora pe cale vizuală și apoi analizatorul tactil-kinestezic.

- Perceperea formei diferitelor obiecte prin schimbarea poziției obiectului față de linia de privire (pentru consolidarea constantelor percepției de formă).

- Exerciții de asociere a obiectului cu forma (cerc-rotund; zar- cub etc.).

Șir crescător de forme geometrice, de același fel, dar de mărimi diferite, de culori diferite

Activități de identificare imagistică

- Loto-uri: planșa-model și imagini decupate în numeroase variante, toate însoțite de verbalizare.

- Loto-uri de tip J. Itard, pentru identificare prin formă și culoare (figuri geometrice: cerc roșu, triunghi bleu, pătrat negru).

- Loto-uri de tip Alice Descoeurdes - planșa model formată din 16 figuri de forme negeometrice (obiecte uzuale) colorate diferit sau planșa model ce reprezintă copii echipați cu piese vestimentare de culori diferite sau „Loto-ul cu copii” format din 8 imagini ce reprezintă siluete umane; fiecare segment al corpului uman este colorat. Jocul se realizează în variantele: suprapunerea segmentelor identice din punct de vedere cromatic, denumirea culorii, colorarea unei planșe realizată în alb-negru.

- Loto-uri de tip O. Decroly: „Fetițe la plimbare”, compusă din 6 imagini identice (fetițe cu umbrele) dar cu vestimentație (pălărie, pardesiu) diferit colorate în fiecare imagine, folosind culorile de bază: roșu, verde, galben, bleu.

- Loto-uri de tip Marie de Maistre: planșa model conține obiecte uzuale, cu respectarea unor condiții: folosirea permanentă a denumirii culorilor, rectificarea erorilor dacă nu

a înțelege comanda.

- Dominouri cromatice de tip Bourneville - pentru culorile fundamentale sau pentru nuanțele acestora, prezentate în ordinea dificultăților, începând cu nuanțele extreme (închis-deschis).

- Colorarea unor modele variate: colorarea figurilor geometrice în culoarea indicată, colorarea de obiecte semnificative în culoarea indicată sau în cea corespunzătoare obiectului.

- gruparea după criteriul culorii; exercițiile de tip Montessori, cu papiotele pe care sunt înfășurate fire de mătase colorate în 9 culori (gris, de la negru, până la alb, roșu, portocaliu, galben, verde, albastru închis, violet, maro, roz), fiecare culoare în 7 nuanțe, de intensitate diferită. Se caută perechea culorilor, se formează grupe cromatice în ordinea nuanțelor, de la închis la deschis și invers, se alcătuiește un ansamblu cromatic din cele 63 de papiote.

- Formarea de mulțimi cu ajutorul materialelor după criteriul culoare.

- Activități de operare cu conceptul de culoare:

- „Ce culoare se potrivește?” - se alege o anumită culoare, se denumeste, se face asocierea cu jetonul de culoare corespunzătoare și se raportează culoarea la numele unor obiecte uzuale.

- Cuburi colorate: cuburi cu fețe monoculare, biculare sau mai multe culori. Se reprezintă o anumită față a cubului, iar copilul va răspunde prin imitare, urmărindu-se capacitatea de reacție rapidă cu recunoașterea și denumirea culorii.

- „Numește 10 culori” (benzi de hârtie colorată de 6 x 20

cm lipite pe un carton: roșu, verde, negru, roz, alb, violet, gri, galben, brun, bleu; copilul va denumi fiecare culoare.

- „Obiectele multicolore”: două truse cu figuri geometrice (pătrat, dreptunghi, cerc, triunghi, romb), cu fețele de aceeași culoare sau colorate diferit. Copilul trebuie să aleagă o anumită culoare și să o utilizeze drept criteriu de clasare.

- Jocul cu baloane, sfori și bețe de diferite culori:
 - ce culoare au baloanele, bețele, sforile?
 - exerciții de grupare după culoare.
 - asocierea balon-sfoară-băț de aceeași culoare sau de culori complementare (asortarea).
 - legarea tuturor baloanelor de aceeași culoare de bățul de culoarea corespunzătoare.
 - identificarea altor obiecte de culoarea unui balon.
 - se lasă baloanele să zboare, apoi se cere să se prindă un balon roșu / albastru etc.
 - copiii, cu baloanele în mână, sunt așezați într-un cerc multicolor; se cere să se regroupeze în cercuri mai mici toți cei care au baloane roșii, albastre etc.
 - se desenează baloane, apoi se colorează.
 - se desenează sforile colorate și copiii trebuie să asambleze balonul la culoarea corespunzătoare.
 - se vor face aceste exerciții cu jucării (popice, cuburi, gălețuțe, lopățele, haine pentru păpuși etc.
- Jocul cu piticii, căsuțele (din cutii de chibrituri învelite în hârtie lucioasă de diferite culori), materiale de construcție colorate. Piticii își construiesc un sat și vor să aibă o casă.

- culoarea hainelor sale și cu obiectele necesare din aceeași culoare (geamuri, horn și fum, masă, scaune, covoare etc.). Când se reîntorc din pădure, piticii își găsesc lucrurile schimbate; copiii trebuie să le ordoneze după criteriul culorii.

- Jocul „Jonglerul și popicele sale”: se desenează o siluetă de clown și se colorează; apoi se decupează 10 popice colorate diferit și jonglerul va manevra popicele de o anumită culoare (roșu, verde, galben).

- Jocul „Rochițele păpușii”: se va distribui câte un carton pe care s-a desenat o serie de rochițe de păpuși, cu conturul trasat într-o culoare diferită pentru fiecare rochiță; cu ajutorul unor confetti colorate, rochițele uni vor fi transformate în rochițe cu buline (contur roșu - buline roșii, contur verde - buline verzi etc).

- „Să colorăm corect!”: se vor distribui copiilor cartoane cu desenul unei case cu copaci, pajiști etc.; se vor picta cu acuarele corespunzătoare acoperișul, ferestrele, iarba etc.

- Exerciții de conturare și desenare a unor frunze, ciuperci, fructe, flori, baloane, bile, pești, umbrele, jucării.

- Exerciții de colorare adecvată a unor desene proprii sau tablouri cu:

- amintiri din vacanță (la mare, la munte, în vie, în livadă, pe terenul de sport);

- zile festive cu haine de sărbătoare, cu pregătiri culinare (tort);

- magazine de țesături;

- magazin universal;

- sărbătoarea Crăciunului (brad, ghirlande, surprize, cadouri);

- sărbătoarea Paștelui (ouă încondeiate, puișori, iepurași, felicitări);
- Carnaval (măști).

Aprecierea dimensiunilor (lungime, suprafață, volum)

- Exerciții de diferențiere a mărimilor.
- Aprecierea ordinii crescânde sau descrescânde a unor figuri de mărimi diferite.
- Separarea figurilor geometrice în două sau mai multe grupe după criteriul *mărime*.
- Exerciții de apreciere: dacă un obiect aflat în apropierea copilului are aceeași mărime cu altul, aflat mai departe.
- Exerciții de apreciere a lungimilor: două sfori de aceeași lungime dar prezentate diferit, una sub forma unei linii frânte, alta în linie dreaptă.
- Aprecieri practice: numărul de pași sau metri până la o anumită țintă; aprecieri aproximative a diverselor lungimi, distanțe, treasee desenate pe tablă.
- Aprecierea înălțimii (două planșe cu câte 4 copii de înălțime diferită, în ordine crescătoare și descrescătoare). Se cere să se indice copilul cel mai înalt și cel mai scund.

Aprecierea cantității

- Aprecierea globală a cantității.
- Aprecierea globală a cantității cu diferențe mici ca număr de elemente.
- Jocul „Bacănia” (ambalaje, rafturi, obiecte de dimensiuni și greutate diferite, cutii de zahăr, săpun, pungi cu orez, sare, paste făinoase, ciocolată, sacoșe de aprovizionare,

coșuri etc.).

- exerciții de comparare de mărimi (gruparea sacoșelor / coșuri cu aceeași capacitate, pline sau goale;

- sacoșe égale, cu conținut diferit (mai multe obiecte mici - unul mare);'

- exerciții de comparare a coșurilor, sacoșelor: plin / goi;

- exerciții de verificare cu cântarul;

- exerciții de corespondență volum-greutate: de ex.: sacoșa mare cu obiecte mici și multe sau cu un obiect mare; exerciții de comparare a sacoșelor; toate cele ce se deosebesc, dar cu o capacitate echivalentă sau toate cele asemănătoare, dar cu capacitate diferită.

- exerciții de clasificare a obiectelor din clasă, după volum (plin-gol) și greutate (greu / ușor).

Percepția mișcării

- Exerciții de imitare.

- Exerciții de reproducere după comandă verbală a mișcărilor, gesturilor, posturii.

- Educarea acțiunilor motorii implicate în actul scrisului (desenarea literelor prin reproducerea modelului, schematizări grafice, ordonarea grafemelor în pagină).

- Mișcări ale capului: obiectele apropiate par să se miște în direcție opusă, iar cele îndepărtate în aceeași direcție.

- Se proiectează pe tablă un fascicul luminos de la o lanternă, realizându-se diferite mișcări ($\square \sim O$); copilului i se cere să deseneze pe foaia lui de hârtie imaginile văzute pe tablă.

Vizualizarea la distanță

- Vizualizarea selectivă, adică identificarea unui obiect particular, printre alte multe obiecte.
- Se așază pe masă cești din plastic și se solicită elevului să le numere; copilul se îndepărtează progresiv, până când ceștile se înscriu în câmpul său vizual.
- Pe lângă cești, se mai așază pe masă și alte obiecte și se solicită elevului să numere numai ceștile.
- Copilul este așezat în mijlocul camerei; se pune un obiect colorat într-un colț al camerei: se cere să găsească obiectul, să-l arate, fără a-și schimba locul.
- Se cere copilului să se deplaseze prin cameră și să atingă toate obiectele de culoare bleu sau cele de formă pătrată.
- În timpul unei plimbări, se cere copilului să identifice obiecte, să numere pomii, să arate numai florile de culoare roșie.

Capacitatea de explorare sistematică (privirea succesivă a ceea ce este în jurul său)

- Se trasează linii verticale pe o tablă neagră; se șterg mai multe segmente din fiecare linie. Copilul trebuie să numere întreruperile fiecărei linii.
- Exerciții pentru lărgirea câmpului perceptiv și diminuarea dificultăților localizării spațiale:
 - căutarea unui detaliu pe un desen sau tablou, pe o schemă sau o hartă într-o configurație de obiecte;
 - perforarea unor puncte pe o foaie de hârtie;

- urmărirea unui punct luminos cu privirea, pe diferite parcursur;

- țintirea cu mingea;

- găsirea punctelor de diferite culori pe foi de hârtie prezentate orizontal sau vertical.

- Exerciții la localizator (elevul trebuie să acopere orificiul care devine luminos.

Capacitatea de a urmări obiecte în mișcare

- Conducerea cu piciorul a unei mingi colorate.

- Urmărirea luminii unor lanterne în obscuritate.

- Mersul de-a lungul unei linii, fir, panglici roșii.

- Urmărirea deplasării profesorului, care se efectuează într-un ritm progresiv.

Exerciții de țintire, pentru coordonarea vizual-motorie

- rostogolirea unei bile în plan orizontal sau înclinat către o țintă fixă;

- aruncarea unei mingi la coș, printr-un cerc, spre a atinge un clopoțel și urmărirea ei cu privirea;

- jocuri: popice, biliard școlar, jocuri de construcție;

- parcurgerea unui labirint, prin care se mișcă o biluță metalică.

Vizualizarea apropiată

- Colorarea de forme geometrice conturate cu pastă neagră.

- Colorarea de imagini schematizate cu pastă neagră.

- Executarea de grafisme pe hârtie albă:
 - pe texte cu litere de diferite dimensiuni, cu greșeli: litere adăugate, schimbate, șterse, întoarse, ordinea literelor modificată, silabe ce trebuie reunite sau despărțite (pe verso este textul corect, pentru autocorectare);
 - exerciții de numărare a literelor și silabelor de câte ori apare o literă / silabă pe rând, în două rânduri etc.);
 - exerciții de corectare a greșelilor intenționate de aritmetică;
 - exerciții grafice pe tablă și caiete speciale, trasându-se linii în diferite poziții, elemente grafice premergătoare scrierii, forme geometrice etc.
- Să distingă și să recunoască imaginile obiectelor (de ex.: fructe) colorate în negru, iar unele conturate, altele cu mici detalii, altele schematizate, fiecare fiind reprezentată de 2 ori, din care una nu este colorată;
- Să distingă și să recunoască un obiect izolat dintr-o grupă de obiecte dispuse pe orizontală, verticală sau altă structură spațială;
- Să stabilească similitudini și diferențe între obiecte (dintr-un șir de obiecte similare, unul diferind prin poziție);
- Să identifice literele în mărimi și grosimi diferite, în succesiuni diferite (prezentarea acestora se va face din ce în ce mai repede);
- Să asocieze: obiect-cuvânt; cuvânt-obiect; imagine cuvânt; cuvânt-imagine;
- Să completeze un desen conturat cu puncte.

Structurarea vizual-spațială (*Organizarea și structurarea vizual-grafică*)

- Exerciții de motilitate a capului.
 - Exerciții de motilitate oculară.
 - Exerciții de formare a câmpului vizual, cu creșterea distanței, micșorarea dimensiunii și în unele cazuri a rapidității.
 - Exerciții de pleoptică motorie.
 - Exercițarea musculaturii interne a ochiului pentru întărirea disciplinei oculo-motorii, pentru consolidarea sinergismului reflex dintre acomodare și convergență etc.
- urmărirea cu privirea a obiectelor aflate la distanțe diferite;
- se stabilesc 4 obiecte în linie dreaptă din ce în ce mai îndepărtate (de ex.: la distanța de 1 m unul de altul, ultimul fiind la distanța de 4 m de elev). I se cere elevului să-și mute privirea alternativ de la un obiect la altul; variază după caz ritmul, distanțele, timpul exercitării;
- elevul urmărește cu privirea un obiect care se depărtează și se apropie. Mișcarea este efectuată de altcineva.

Concluzii

- **Surdomutitatea deosebește și marchează** atât personalitatea cât și perspectivele sociale ale omului surd. Atitudinea oamenilor față de omul cu deficiență de auz depinde de nivelul dezvoltării sociale, a credinței și practicii educaționale.
- Odată cu înțelegerea faptului că pot exista persoane surde care pot să vorbească, s-a trecut la *ideea demutizării* oamenilor cu deficit de auz și, în primul rând, al copiilor surzi prin educație și învățare.

- În acest context, primare au devenit preocupările vis-a-vis de educarea individuală a surzilor. Mai târziu, în sec. XVIII a început instruirea copiilor surzi în grup. *În școli* se foloseau metodele manuale (dactilemele) și grafice, care pe parcurs au fost înlocuite treptat prin metoda „orală” de demutizare.
- În societatea contemporană pentru susținerea și dezvoltarea copiilor neauzitori, concomitent se includ atât practicarea influențelor educaționale, cât și modalitățile de reabilitare și abilitare, incluziune comunicățională, școlară și socială.
- În concordanță cu deciziile internaționale și actele legislative adoptate în Republica Moldova se iau măsuri eficiente de educație, instruire, abilitare și reabilitare a persoanelor cu dizabilități.
- Ținând cont de noile obiective și condiții de promovare a învățământului special (deinstituționalizarea și implementarea educației incluzive), pregătirea cadrelor din domeniul psihopedagogiei se desfășoară prin formare inițială și formare continuă.
- În formarea specialiștilor apți a lucra cu copiii cu CES, se încadrează structurile guvernamentale, universitare, structurile sociale și de caritate, organizații non-guvernamentale ș.a.
- Marcante în acest sens sunt activitățile promovate de *Centrul Republican de Asistență Psihopedagogică (CRAP)* și a *Serviciilor de Asistență Psihopedagogică (SAP)* și de *Asociația Surzilor din Republica Moldova*.
- În demutizarea deficiențelor de auz accentul este pus pe aplicarea metodelor și sistemelor cu *caracter recuperativ*.

- Copiii surzi concomitent achiziționează *câteva forme de comunicare*: limbajul verbal (oral și scris), ce se prezintă drept instrument al gândirii, alfabetul dactil și comunicarea prin gesturi, ceea ce permite a lărgi instrumentariul de demutizare a neauzitorilor, utilizând ca modalitate eficientă *comunicarea totală*.
- *Comunicarea prin semne* este o variantă kinestezică a limbajului, în care literele alfabetului sunt redată prin mișcări ale mâinii, este o formă de comunicare ce se înfăptuiește prin intermediul mâinii. Litera alfabetului dactilată se numește *dactilemă*.
- În limba română sunt 26 de dactileme și 31 de litere. Literele se împart în grupe reieșind din particularitățile configurației lor. Dactilemele alfabetului limbii române permit comunicarea, compunerea cuvintelor din semne și cunoașterea lor conform unui cod pe care copiii îl învață de mici.
- În sistemul educațional contemporan dactilarea se aplică începând cu vârsta preșcolară ca metodă auxiliară de instruire, concomitent cu limbajul verbal (oral și scris). Utilizarea alfabetului dactil (el fiind o formă de comunicare mult mai facilă decât comunicarea verbală) contribuie la memorarea mai eficientă a componenței cuvântului (literă-sunet) de către copilul surd. Activitatea de comunicare prin dactileme necesită condiții psihopedagogice adecvate.
- *Limbajul mimico-gestual* se prezintă ca o comunicare, un schimb de informație realizat prin interacțiunea componentelor verbale și nonverbale.
- În utilizarea limbajul semnelor trebuie să ținem cont de

psihofiziologia gestului și de particularitățile limbajului gesturilor: acesta cuprinde un grup de limbaje de sine stătătoare, cu reguli proprii, structură proprie și modalități proprii de exprimare, un semn poate exprima mai multe cuvinte din limbajul vorbit, nu există un limbaj universal al semnelor, o mare parte dintre copiii surzi nu învață limbajul semnelor (90% provin din parinti auzitori).

- Utilizarea limbajului semnelor cu destinație educațională cere respectarea unor reguli speciale de promovare.
- *Comunicarea totală* sau comunicarea prin toate mijloacele este metoda de comunicare în care auzul rezidual, vorbirea, limbajul semnelor, dactilemele și labiolectura sunt utilizate concomitent, completându-se reciproc.
- Recurgând la toate formele principale de comunicare în dezvoltarea limbajului se obțin rezultate mai bune decât folosind o singură metodă.
- Este importantă *comunicarea și transmiterea mesajului, și nu forma prin care se comunică.*
- Pentru proiectarea unor strategii didactice care să conducă la succes, trebuie să avem în vedere că labiolectura, comunicarea verbală, dactilarea, comunicarea prin semne, scriere trebuie să fie aplicate simultan și optim, corelate cu posibilitățile auzului rezidual.
- În realizarea comunicării totale e important să respectăm întreg sistemul de proceduri orientat spre compensarea deficienței auditive și abilitarea/reabilitarea elevilor, *este necesar a ține cont de plasticitatea deosebită a sistemului*

nervos, a utiliza corect formele, factorii condiționali și direcțiile de realizare a compensării.

- Un din direcțiile prioritare ale activităților compensatorii a dizabilităților de auz este *activizarea funcțională a analizatorilor* valizi pe parcursul activităților educative prin: exerciții de educație polisenzorială, dezvoltarea funcției auditive reziduale; vizuale; tactil-kinestezice a copilului neauzitor; învățarea alfabetului dactil și a limbajului semnelor, dezvoltarea atenției; gândirii; memoriei.
- Prin apariția și promovarea comunicării totale devine nerelevantă controversa dintre oralști și gestualiști.
- Alegerea comunicării totale ca modalitate de demutizare și abilitare a neauzitorilor nu poate fi exclusivă, ci mai degrabă una combinată, de o deschidere spre opțiuni multiple.
- Astfel, se susține dreptul surzilor la comunicare în limbajul gestual și accesul lor la comunicare în general, sunt recunoscute drepturile lor în ceea ce ține de *multilingvism și multiculturalitate*.

Surse de referință:

1. Barbu, Fl., Surditate și comunicare, Editura Nelmaco, Bucuresti, 2006.
2. Boici Gh., Stănică Il., Evaluarea copiilor cu CES în perspectiva integrării, Timpul, Reșița, 1998.
3. Bodorin C., Copiii cu dizabilități multiple – activități dezvoltativ-recuperative. Ghid practic, Tip. Univ. „I. Creangă”, Chișinău, 2015, 223 p.

4. Bodorin C., Psihopedagogia persoanelor cu deficiențe vizuale, Tip. Univ. „I. Creangă”, Chișinău, 2014, 323 p.
5. Bodorin C., Surdopsihologia, Ed. Valinex, Chișinău, 2010, 150 p.
6. Bodorin C., Fundamente psihologice de activizare a structurilor senzoriale la copiii surzi, Autoref. tezei de doctor în psihologie, Tip. Univ. „I. Creangă”, Chișinău, 2003, 123 p.
7. Bodorin C., Metode stimulativ-compensatorii de susținere a capacității de muncă a elevilor surzi, Ghid metodic, Tip. Univ. „I. Creangă”, Chișinău, 2002, 65 p.
8. Carmel, S., International Hand Alphabet Charts, 1982.
9. Crețu C., Curriculum individualizat și personalizat, Ed. Polirom, Iași, 1998.
10. Mușu, L., Taflan, A., Încadrare Terapia educațională integrată, Ed. Pro Humanitate, București, 1997.
11. Neamțu Cr., Cherguț Al., Psihopedagogie specială, 2000.
12. Peeters Theo Autismul. Teorie și intervenție educațională, Ed. Științele educației, 2009.
13. Popovici, D. V., Orientări teoretice și practice în educația integrată, Ed. Univ. Aurel Vlaicu, Arad, 2007.
14. Popovici, D. V. (coord.), Cozma, Ad., Tutu Al. și al., Strategii de comunicare augmentativă și alternativă pentru elevii non-verbali, Ed. Un. București, 2015.
15. Pufan, C., Probleme de surdo-psihologie, vol. I, 1972, vol. II, București, Ed. Didactică și Pedagogică, 1982.
16. Racu A., Popovici D.-V., Danii A., Educația incluzivă.

Ghid pentru cadrele didactice și manageriale. Î.S.F.-P „Tipografia centrală”, 2010.

17. Racu A., Învățământul special din Moldova: istorie și actualitate, Tipografia centrală, Chișinău, 1999.
18. Stănică I., Popa M., Elemente de psihopedagogia deficienților de auz, Institutul Național pentru Recuperare și Educație Specială a Persoanelor Handicapate, Editura Universul, București, 1994.
19. Verza, Em., Tratat de logopedie, vol.I, Ed. Fundației Humanitas, București, 2003, vol. II, București, Ed. Semne, 2009.
20. Vlad, M., (în coaut.) Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială, Ed. Fundației cult. Marin Speteanu, București, 2009.
21. Văjmaș, Ec., Stănică C., Terapia tulburărilor de limbaj – intervenții logopedice, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1997.
22. Иваницкий А.И., Основные этапы развития системы специальных школ в Молдове. – В сб. Вопросы обучения, воспитания и трудовой подготовки аномальных детей, Кишинев, 1983.

VIAȚĂ ÎMPĂRȚITĂ ÎN DOUĂ...

Mihail URSUL, ex-președinte al Asociației Surzilor din Republica Moldova



M-am născut în satul Pârâta, raionul Dubăsari, într-o familie de țărani colhoznici. Copilăria mi-am petrecut-o în satul natal. Nimic deosebit pentru un copil de la țară, născut în primul deceniu de după război, urmele căruia se întâlneau destul de des – cartușe, grenade și chiar obuze, deoarece pe teritoriul satului s-au dat lupte crâncene, iar eco-ul lor s-a răspândit până în anii 80.

În anul 1957 am fost înmatriculat în clasa I a școlii medii din localitate. Ca și toți copiii de la țară, aveam obligațiunile mele – să îngrijesc vaca și să fiu „dădacă” pentru surorile și frații mai mici. La școală învățam bine. Acolo mi s-a pus „temelia”, pe care mizez până în prezent. Prima mea învățătoare, doamna Axinia Petrovna, fostă bibliotecară, a avut abilitatea de a ne trezi gustul de carte. Această pasiune de a citi o port toată viața. Doamna profesoară avea darul expunerii, ne povestea cele mai îndrăgite cărți: „Copiii căpitanului Grant”, „Insula misterioasă”, „Robinson Crusoe”. La aceste lecturi, după orele de studii, aduna toți elevii din clasele paralele.

La școală am studiat cu brio clasele 1-4, fiind un elev bun.

Nimic nu prevestea vreo schimbare. La vârsta de 11 ani eram plin de visuri. La ce mă puteam aștepta?

Dar ceea ce urma să se întâmple în viața mea de copil a fost greu de acceptat...

Istorii personalizate

În primăvara anului 1961 am absolvit clasa a IV-a. În vacanța mare, aveam în grijă vitele, dar nu uitam de joacă, pescuit și cărți de lectură. Ziua de 2 iunie însă mi-a marcat viața pentru totdeauna. Acea zi începuse ca de obicei. Am dus vaca la păscut, la prânz am adus-o acasă ca mama să o mulgă. Tatăl meu lucra căruțaș și unul din caii pe care îi îngrijea atunci era bolnav, avea despicat pieptul. În acea zi fatală, tata mi-a zis să-l duc la păscut, pe malul Nistrului. De fapt, eu des călăream și nu mi s-a părut nimic neobișnuit. Bucuros, m-am grăbit să încălec. Am tras calul la scaunul de lângă gard, am încălecat, însă calul a început să salte, încercând să mă arunce. Am strigat... Ultimul moment, care mi-a rămas în memorie, a fost tata care ieșise din curte și două prietene de-ale mamei care veneau pe hudiță...

Mi-am revenit abia peste câteva zile, în spital. Totul în jur era alb și domnea o liniște absolută... Am văzut-o pe mama la capul meu și pe doamna doctor, în halat alb. Pe buze vedeam, că discută ceva între ele, dar nu auzeam nici un sunet. Mama m-a întrebat ceva, dar nu am înțeles-o și am rugat-o să vorbească mai tare. Atunci și-au dat seama, că eu mi-am pierdut auzul...

Nimeni însă nu putea spune: temporar ori pentru totdeauna!

Să stau pe picioare nu puteam, suferisem o contuzie puternică, iar pe partea stânga a capului se mai vedeau urmele loviturii de copită. Starea mi se agravase și am fost transferat la spitalul raional din Dubăsari, unde am stat mai mult de două luni. Auzul nu mi s-a restabilit, mergeam cu greu, nu-mi puteam menține echilibrul.

De școală am fost nevoit să uit. Doream să învăț, dar... Între colegi devenisem o „cioară albă” și această situație îmi crea disconfort. Mi-era jenă, că nu aud și am început să evit

oamenii, colegii, prietenii... În plus, nu toți se purtau corect cu mine, mă umileau, mă înjoseau, de aceea am decis să renunț la învățătură. Am devenit retras, aproape că nu comunicam, doar cu rudele, în scris, ca să fiu înțeles. Despre citirea de pe buze nu aveam idei. Îmi era foarte greu. Într-un cuvânt, etapa vieții mele în lumea celor ce aud luase sfârșit...

În iarna anului 1962, în familia noastră a revenit din Kazahstan verișorul mamei, Afanasie. El a trimis o scrisoare la Ministerul Educației în care a descris situația mea, iar în vara aceluiași an am primit repartizare la școala specială pentru copiii surdo-muți din satul Cinișeuți, raionul Rezina.

Intrând pe porțile școlii, am pășit, de fapt, spre un viitor, despre care nici nu bănuiam.

Școala din Cinișeuți ne-a întâlnit, pe mine și pe mama mea, în persoana vicedirectorului Nicolai Alexeevici Cravcenco alături de un grup mare de copii, care gesticulau activ din mâini. Nu mai văzusem așa ceva și m-am speriat grozav. Mama însă m-a liniștit și Nicolai Alexeevici ne-a condus în auditoriu, unde mi-a pus câteva întrebări în scris, la care eu răspundeam cu voce. În cele din urmă a decis să verifice cunoștințele mele la matematică. Eu am rezolvat problema în câteva minute, după care dânsul mi-a spus că nu am ce face în școala din Cinișeuți – aici era numai clasa a VI-a, iar cunoștințele mele cu mult depășeau acest nivel. Mama a insistat să rămân, totuși. Așa a început a doua etapă a vieții mele – etapa din lumea tăcerii...

Școala era situată la marginea satului, pe un teritoriu imens și pitoresc. Clădirile vechi adăposteau sălile de clasă, dormitoare, ospătăria, baia, atelierul de tâmplărie, ferma de iepuri, câteva grajduri și ocolul pentru vite. În mare parte, școala era asigurată cu legume, cartofi, parțial cu carne, iar

Istorii personalizate

fructele erau procurate cu banii câștigați de elevi la culesul roadei din colhozurile din apropiere. În general, copiii erau atrași la multe lucrări agricole, servicii la bucătărie și curățenie în club, pe teritoriu.

Colectivul pedagogic nu era numeros și, după părerea mea, studii speciale aveau doar directorul și câțiva pedagogi. Educatorii se schimbau foarte des și, de regulă, nu cunoșteau dactilul, cu atât mai mult limbajul mimico-gestual, spre deosebire de pedagogi, dar și aceștia îl posedau destul de primitiv. Limbajul mimico-gestual nu era interzis, dar nici nu se dezvolta în special. De aceea, copiii foloseau un limbaj al lor, adesea inventat, dar destul de expresiv. Și eu am fost nevoit să mă adaptez, deoarece alternativă nu aveam.

Primii mei „învățători” au fost colegii de clasă, care-mi explicau semnele celor mai necesare cuvinte – școală, dormitor, club, ospătărie, muncă, jocuri, sport etc.

Pedagogii, educatorii și copiii nu erau numiți pe nume, ci fiecare avea o poreclă identică cu numele persoanei, prin care se caracteriza persoana dată. Erau interzise poreclele jignitoare.

Ajutorul din partea colegilor, curiozitatea copilărească și dorința mea de a cunoaște mai multe au dat rezultate îmbucurătoare. Peste 2-3 luni înțelegeam destul de bine semnele cele mai necesare și le puteam explica și altora. Cu timpul însă am trecut la limbajul mimico-gestual și acest fapt a avut urmări negative. Medicul-surdolog a observat că eu vorbesc mai mult prin semne și m-a avertizat că-mi pot pierde vorbirea, dacă voi tăcea.

Trei ani la școala din Cinișeuți au trecut repede. Nu pot spune că nivelul meu de cunoștințe a crescut cu mult: nivelul de 8

clase din școala specială era echivalent cu nivelul clasei a IV-a al școlii generale. Și totuși, aici am însușit limbajul mimico-gestual și am învățat limba rusă.

Școala internat din Cinișeuți a lăsat în memoria mea amintiri frumoase și eu îi mulțumesc soartei, că am întâlnit oameni cu suflet mare: domnul Cravcenco, doamna Pilipenco, domnul Cuzecichin, doamna Mura, care s-au implicat în formarea mea ca om într-o perioadă destul de dificilă, anii adolescenței și care m-au susținut moral încă mult timp după aceea.

În 1965 am fost repartizat la Asociația Surzilor la Chișinău. Prima încercare de angajare în câmpul muncii în capitală, la o întreprindere ce aparținea Asociației, a suferit eșec, deoarece nu aveam încă 16 ani și nu dețineam pașaport. Atunci mi s-a recomandat să mă angajez la o întreprindere specializată din or. Dubăsari. După sfatul părinților am acceptat. Astfel, în toamna aceluiași an am fost angajat ca ucenic la cusutul hainelor speciale.

Ucenicia a durat 8 luni, după care mi s-a acordat categoria a II-a de cusător, iar peste un timp am fost transferat ca ajutor de croitor, ceea ce-mi plăcea mai mult. În paralel, frecventam școala serală. În școala normală era o clasă pentru surzi, unde învățau elevi din clasele a II-a, a IV-a, a VI-a și a IX-a. Eram vreo 12 tineri și un singur pedagog. Atitudinea mea față de un astfel de mod de educație a rămas pentru totdeauna negativă.

În 1968, Oficiul Central al Asociației Surzilor a hotărât să formeze un grup de persoane cu deficiențe de auz pentru a studia la Colegiul Tehnologic. În grup erau 14 persoane, printre care și eu cu ale mele 10 clase. A fost organizat un curs de pregătire pentru noi toți. Eu am susținut examenele la matematică și limba rusă pe note de „4”, deși până atunci

Istorii personalizate

algebră și geometrie nu învățasem. Am fost înmatriculat, dar după primul an de studiu s-a constatat, că nu aveam atestat de absolvire a școlii medii incomplete. Mai târziu am aflat că în procesul formării grupului, această problemă fusese pusă în discuție nu o dată. Instructorul superior, domnul Mihail Ivanenco a insistat să mi se permită să susțin examenele, dar cu o condiție: dacă nu voi reuși, mă întorc la muncă. Spre uimirea tuturor, am izbutit și tot anul întâi am fost cel mai bun la învățătură. Domnul Ivanenco și-a asumat responsabilitatea să mă ajute și mai mult pe parcursul vacanței de vară, ca să susțin și examenele de 10 clase – extern. Datorită dumnealui și directorului școlii serale, domnul Semion Șapiro, am obținut atestatul de absolvire a școlii medii, iar în 1972 și tehnicumul tehnologic cu diplomă roșie, specialitatea tehnician-tehnolog la cusutul hainelor.

După absolvire am fost repartizat la Întreprinderea de producere a încălțămintei în calitate de maestru. Aici am muncit pe parcursul a 7 ani.

În 1974, ASRM a organizat un grup de studenți pentru a studia la Institutul Politehnic din Chișinău, Facultatea de Economie. Din nou, neliniștitul M. Ivanenco a insistat să fiu inclus în grup, de data aceasta însă nu a mai mers, deoarece până la absolvire îmi mai rămâneau 6-7 luni, după care urma practica. Candidatura mea a fost respinsă. Iar eu peste un an am susținut examenele de admitere la Institutul Politehnic. De fapt, doar unul singur – „Istoria URSS”, deoarece aveam diplomă cu mențiune. În așa mod am devenit primul student neuzitor la o instituție de învățământ superior din Moldova.

Cinci ani am studiat economia la secția fără frecvență, iar după absolvire, am fost transferat la uzina „Kultpribor” în calitate de inginer-economist. În 1979 am devenit vicedirector, peste

doi ani – inginer economist superior, apoi iarăși vicedirector, iar în perioada 1992-94 – director al acestei întreprinderi redenumită „Creion”. A fost o perioadă destul de grea, nu numai pentru mine, ci pentru întreaga republică – perioada destrămării URSS.

În 1990 am candidat în Sovietul Suprem al RM, înaintat de colectivul uzinei „Creion”. În 1997, în rezultatul reorganizării uzinei, am fost numit director al întreprinderii nou create „Silans-ÎS”.

În perioada 2000-2009 am deținut funcția de președinte al Asociației Surzilor din RM. Acum sunt pensionar.

Uneori mă gândesc: oare asta-i viața mea? A fost oare posibil, ca un simplu băiețel de la țară să parcurgă toate treptele și să ajungă conducător al uneia dintre cele mai puternice și autoritare organizații obștești din țară?! Mult timp Asociația Surzilor a fost organizație de stat. Deseori aici se adresau după ajutor persoane cu deficiențe de auz, printre care am fost și eu. Și până în prezent sunt persoane cu dizabilități, care sunt ajutați de Asociația Surzilor. Eu am avut mare noroc, că în viața mea am întâlnit persoane, care au influențat mult dezvoltarea mea ca personalitate.

În acest sens, trebuie să amintesc aici și despre activitățile obștești în cadrul Asociației Surzilor, despre viața culturală, care prin anii 60-70 ai secolului trecut a cunoscut o perioadă de înflorire. Participarea la viața culturală a Asociației mi-a permis să-mi îmbogățesc vocabularul, iar contactele cu persoanele cu experiență, printre care dna T. Televco m-au învățat să folosesc sinonimele cuvintelor. Această metodă acum e binecunoscută de artiștii amatori, pe atunci însă era ceva nou. Ulterior, în anii 1984-88, fiind vicedirector al uzinei

Istorii personalizate

„Creion”, aveam în obligațiunile de serviciu dezvoltarea educațională, culturală și sportivă a persoanelor cu deficiențe de auz, împreună cu dna Televco am organizat spectacole în multe orașe ale fostei URSS –Dușanbe, Bacu, Umani, Minsk, Volgograd, Erevan, Odesa. Au fost ani frumoși, trăiți din plin. Activitățile desfășurate împreună cu artiștii amatori au fost pentru mine nu o obligațiune, ci o etapă de dezvoltare. Mulți ani la rând nu puteam vorbi cu voce și paralel să folosesc limbajul mimico-gestual. Neuitatul domnul Mihail Ivanenco mă sfătuia: „Dacă vrei să atragi atenția auditoriului, vorbește cu voce și paralel „tradu” prin semne.” Această metodă le atrage atenția persoanelor auzitoare prezente în sală față de cei neauzitori. Este greu, dar nu imposibil. Ce-i drept, metoda e utilă în cuvântări scurte, discuții. În alte situații e necesară prezența interpretului.

În genere, folosirea limbajului mimico-gestual de către copiii surzi este binevenită. Am observat că majoritatea copiilor surzi ai căror părinți sunt surzi și folosesc limbajul semnelor sunt mai dezvoltați decât cei din familii de auzitori. Cu timpul nivelul de dezvoltare al acestor copii se egalează. Limbajul mimico-gestual în grădinițe și școli este absolut necesar, după părerea mea. Este o greșeală să-i lipsim pe copii de limba lor „maternă”, acest fapt nu va da niciodată rezultate bune în educație.

Toată viața am fost adeptul unui limbaj mimico-gestual corect, fără schimonosirea semnelor și fără vulgaritate. Semnele trebuie să redea întocmai sensul cuvântului și mai puțin să se folosească dactilul. Gesticularea haotică, semnele vulgare atrag atenția altor persoane, care cred că acest „limbaj” nu are dreptul la existență. Din păcate, de această părere sunt mulți pedagogi și chiar colaboratori ai Ministerului Educației.

Persoanele auzitoare consideră că gesticularea distrage atenția copiilor. Iată un exemplu din viața personală: După ce am fost înmatriculat la Institutul Politehnic, am rugat să mi se acorde un interpret pentru traducere. A fost delegată V. Popescu, o domnișoară tânără, de vârsta mea. Eu am ocupat un loc la un colț de masă, d-ra Popescu s-a așezat vis-a-vis. A început lecția de geografie economică. Interpreta traducea, iar eu ascultam. Profesorul deseori privea în direcția noastră și în scurt timp i-a făcut observație traducătorului, „să nu fluture cu mânecele”, la care ea a răspuns, că nu „flutură”, ci traduce tema pentru un student surd. Aproape 50 de persoane și-au întors cu privirea spre mine din curiozitate. Pe fețele lor se citea indiferență și chiar dispreț. În pauză am fost înconjurat de colegi și luat la întrebări. Atitudinea lor însă s-a schimbat după prima sesiune, când am susținut examenele cu brio. Eu nu aveam o voce clară, de pe buze citeam slab, dar puteam răspunde bine în scris. Șefa grupei, știind acest lucru, îi prevenea pe profesori, de aceea la examene întrebările mi se adresau în scris. Cinci ani au trecut repede, toate examenele le-am susținut cu succes.

Este greșită părerea că limbajul semnelor reține dezvoltarea vorbirii – viața demonstrează contrariul: limbajul semnelor ajută la dezvoltarea vorbirii și, în general, a personalității copilului surd. În prezent, societatea noastră apelează tot mai mult la practica occidentală privind incluziunea persoanelor cu dizabilități auditive în școlile generale și închiderea școlilor speciale sub pretextul așa-zisei „optimizări”. În școlile generale nu avem profesioniști în domeniul pedagogiei speciale, care ar lucra cu o această categorie de copii. De aceea, fără o educație la nivel occidental, cu specialiști bine pregătiți, școlile speciale nu au alternativă!

Istorii personalizate

Nostalgie după vremurile trecute? O avem cu toții! Pentru mine nostalgia este legată de perioada pe când Asociația avea posibilități să rezolve multe probleme sociale ale surzilor. Nostalgie în plan personal, veți spune?

Eu sunt realist și înțeleg, că anii tinereții nu se vor mai întoarce. Mai mult de cinci decenii i-am consacrat activității în cadrul Asociației Surzilor din Republica Moldova. Am parcurs un drum lung, am trăit din plin diverse evenimente, cele mai importante dintre care au avut loc în etapa a doua a „vieții mele fără de auz”... Nu am dreptul să fiu nemulțumit de soartă. Poate nu întotdeauna procedam corect, dar m-am străduit să fac lucruri bune, frumoase... aprecierea însă o las pe seama celor din comunitatea surzilor, ultimul cuvânt le aparține...

VIS ÎNTRERUPT... CARE POATE SĂ DEVINĂ REALITATE



Aurelia Spancec

Tatiana Spancec s-a născut în 1997 în satul Mârzești, raionul Orhei într-o familie de muncitori. Mama Spancec Aurelia, tata Spancec Vasile, fratele mai mare Cristian și o soră mai mică, Arina. Copilul s-a născut perfect sănătos. Până la vârsta de 1,8 luni se dezvoltă după toate etapele de creștere, vorbea, mergea, îi plăcea

să danseze, să cânte, era foarte veselă și cu multă energie, avea un auz dezvoltat. În iarna anului 1999 a avut însă o banală răceală, febră. În timpul tratamentului, din neglijența medicilor i s-a injectat un antibiotic, care i-a afectat auzul, vorbirea și mersul. Copilul devenise foarte agitat din cauză că nu auzea.

Adresându-ne la Centrul Mamei și Copilului din Chișinău, ni s-a recomandat Spitalul pentru copii „Emilian Coțaga”. Acolo am făcut investigații și ni s-a confirmat că Tatiana și-a pierdut auzul. A fost o lovitură grea, vroiam să fac ceva pentru ea ca să fie iarăși copil sănătos, dar mi se spunea peste tot că e imposibil. Și tot medicul, doamna Anghelina Chiaburu, mi-a dat un sfat, că putem merge la grădinița pentru copiii surzi nr. 167 din capitală. Am început să frecventăm grădinița de la doar 2 ani. Aici Tatiana a început să aibă rezultate mai bune, am început să ne înțelegem puțin. Tatiana tot timpul era o fată zâmbitoare și modestă, toți o iubeau. În anul 2003 a mers la Școala nr. 12 din Chișinău. În timpul studiilor s-a

Istории personalizate

arătat o fetiță stăruitoare, atât în cursul materiei gimnaziale, cât și în cadrul orelor facultative. Frecventa cercul de dans, făcea multă artă plastică. La sfârșitul fiecărui an de studii era menționată cu diplomă pentru succese excelente la învățătură și în activitățile obștești. Tot timpul a fost menționată pentru purtare exemplară. A absolvit gimnaziul cu succes.

Încă de mică am observat că Tatiana atrage o deosebită atenție la aspectul fizic, la ținuta sa. Îi plăcea mult să se joace cu culorile, să modeleze, chiar să-și schimbe hainele după placul ei. De aceea, după studiile gimnaziale, la insistența ei a ales Colegiul Tehnologic. Deși în anul întâi de studii se confrunta cu unele dificultăți, făcea față la toate sarcinile. Afară de Colegiu, până în prezent se ocupă cu dansurile. Recent, s-a întors din Cehia, unde a reprezentat cu succes comunitatea persoanelor cu dizabilități de auz din Republica Moldova la MISS & MISTER DEAF WORLD & EUROPE 2016.

Anul acesta urmează să susțină examenele de BAC și ea își dorește foarte mult acest lucru. Vrea nespus de mult să-și continue studiile, dar nu știu ce pot face pentru ea. Are nevoie de însoțirea interpretului în limbajul semnelor, la examen însă nu se permite un însoțitor. Tot timpul ne vorbește, că fără studii nu-și poate împlini visul ei de copil. E sinceră și onestă, foarte îngrijită, își ascunde tristețea, chiar și atunci când este supărată ne zâmbește. Din tot sufletul ne dorim ca Tatiana, fiica noastră, să-și realizeze visurile și să fie o cetățeană demnă în țara sa.



Foto 24. Tatiana Spancec



Foto 25. Miss & Mister Deaf World & Europe 2016

CUM SĂ TRECI PRIN VIAȚĂ FIIND ASURZITĂ PREMATUR...

**Liudmila Artemi, specialist principal, Biblioteca Națională
a Republicii Moldova**



Evident, am noroc! Am asurzit cam devreme, totuși, mi-a fost dat un timp, favorabil dezvoltării limbajului și a vorbirii, am trecut cu bine peste primii 10, cei mai importanți, ani ai copilăriei.

Din fericire, mă exprim atât de bine, că oamenii din jurul meu înțeleg fără ambiguitate mesajele mele, chiar dacă uneori vocea e cam ridicată. Din această cauză și sunt realizată în viață. Mă simt fericită și împlinită.

La vârstă de 3 ani - primul „semn de avertizare”: inflamație acută de urechi. Nu voi uita niciodată durerea incredibil de severă și modul în care s-a încercat să fiu tratată cu ajutorul remediilor casnice. Norocul meu, boala a trecut fără consecințe, nu s-a mai repetat, am rămas în lumea sunetelor.

Auzul l-am pierdut mai târziu, după o coliziune cu un stâlp de beton în holul școlii. Prin urmare, la 13-14 ani deja trăiam ca o persoană cu surditate dobândită. Prezentul sonor din jurul meu nu a devenit absolut tăcut, se auzea ceva ca „bombăneală”. În realitate, e o halucinație auditivă. Zgomotul constant în urechi, acest veșnic țiuit, nu mă deranjează, aproape, niciodată.

Am învățat în mod independent labiolectura, cumva, *volens nolens*, comunicam. Izolarea socială nu mă amenința. În noile condiții viața a continuat.

După absolvirea școlii medii cu succes, la vârsta de 17 ani, mă

pregăteam pentru admiterea la universitate, când colo, medicul șef al spitalului raional a refuzat categoric să-mi semneze certificatul medical. Fără documente de referință la facultate nu se accepta. Medicul era tânăr, el mi-a sugerat să merg cu părinții în capitală, la o întrevedere cu reprezentanții Asociației Surzilor. În opinia medicului, la Asociație mi se va explica faptul că învățământul superior este interzis (!) persoanelor cu surditate.

În anii '70 ai secolului trecut, în țara noastră a existat un Centru de Orientare și Consiliere Profesională pentru Persoane Hipoacuzice, condus de doctorul Ivanitski, un domn bun, cu experiență notorie în domeniu. Lui îi sunt și astăzi foarte, foarte recunoscătoare. El a fost cel care l-a convins pe medicul șef de la policlinica raională să semneze certificatul medical, să nu mă umilească sau să submineze dreptul meu de a învăța și de a alege o profesie. Convorbirea cu medicul, purtată la telefon, cum îmi amintesc, a fost lungă și disputată cu replici tăioase.

Sunt foarte recunoscătoare și distinsei doamne Valentina Popescu, care lucra la acel moment în Oficiul Central în cadrul ASRM. Anume doamna Popescu m-a ascultat, m-a sfătuit să mă adresez cu problema mea personală la Centrul de Orientare Profesională pentru Persoane cu Handicap. Pe atunci nu cunoșteam limbajul semnelor. (În copilărie am contactat cu o persoană hipoacuzică, comunicam fără gesturi, prin vorbit obișnuit, noi eram consăteni și vecini, părinții mei chiar și au botezat-o pe ea)...

Examenele de admitere le-am trecut cu media mare în general. Mai apoi și Facultatea de Bibliologie-Bibliografie am absolvit-o cu note bune.

În primul an de studiu s-a întâmplat un incident. Am fost respinsă de o profesoară, care predă cursul de „Psihologie generală”.

Istorii personalizate

Doamna mă considera surdă și probabil mută, nu mă cunoștea, încă nu susținusem nici un colocviu, eram la începutul primului semestru; mă dojenea: de ce sunt aici, ar trebui să trec la studii fără frecvență, să nu ocup locul unui student sănătos, așa ceva nu se poate etc. Îmi vorbea clar și articulat, dar cu o față mai degrabă acră.

Și iarăși m-am plâns domnului Alexandru Ivanițski. Din nou el insistă asupra chestiunilor simple, cum ar fi posibilitățile, drepturile deficiențelor auditivi etc., deci, pur și simplu, de la telefon, spunea să nu mă împiedice nimeni să fac facultatea, să rămân acolo unde am ajuns, cu toate că eram o fată aproape surdă.

Situația s-a domolit, nici doamna profesoară, nici nimeni altul nu mi-au mai tulburat liniștea, dar am reținut, că acestei lumi, oamenii așa ca mine, totdeauna vom fi dispuși.

După absolvirea Universității de Stat din Moldova am fost repartizată de o comisie de pe lângă ministerul de resort la locul de muncă, mult visat: Biblioteca de Stat, actuala Bibliotecă Națională a Republicii Moldova. Norocul a fost de partea mea...

Experiența mea de viață îmi arată, că oamenii buni la suflet numeric sunt mai mulți.

M-am căsătorit la 23 de ani cu un bărbat surdo-mut. Am născut doi feciori, ambii sunt bucuria vieții mele. Întrucât familia mă completează, doar în casa mea mă simt autentică.

La Casa de Cultură a Surzilor din Republica Moldova sunt angajată prin cumul, este al doilea loc de muncă. În calitate de metodist, activez aici timp de mai mult de zece ani, cei mai buni ani ai vieții mele; atmosfera artistică mă încântă cu adevărat. Este un loc de muncă plăcut, un job unic, deoarece aici comunic prin gesturi, în limbajul semnelor. La Casa de Cultură a Surzilor m-am împrietenit cu persoane care au aceleași probleme

auditive. Apropo, mărturisesc că nicăieri altundeva nu am mai văzut astfel de gesturi foarte frumoase și gingașe, arătate cu ajutorul mâinilor, în limbajul semnelor, doar la directorul nostru artistic – Larisa Mujanovskaia.

Bine ar fi să-i menționez pe cunoscuții mei, amici, colegi, interpreți în limbajul mimico-gestual, pe oamenii, ce mă simpatizează cât de puțin. Dacă e să mă adresez concetățenilor, prietenilor de necaz, atunci să le dau un imbold pentru o dispoziție veselă, spunându-le: „Dragii mei, contemporanii mei cu scaun la cap, să nu fim serioși, să râdem cu glas tare, să facem glume! Eu cu glume și hohote încerc să trăiesc, doar e ușor și toate problemele pot fi rezolvate...”.

Norocul meu, că anume alegerea și practicarea profesiei de bibliotecar s-a ivit a fi un fel de cel mai bun câștig al meu. Copil fiind, îmi plăcea mult lectura, mereu mi-am dorit să am un serviciu printre cărți. Deci, alături de o adevărată echipă de prieteni de la Biblioteca Națională, între femei extraordinare, uitat-am și de handicapul meu. Biblioteca mi-a oferit un loc de muncă și de trai, sprijinul necesar și încredere.

Prin viață am trecut cu multe rele, am suferit dezaprobare față de defectul meu... La vârsta mea, nu mai aștept că societatea își va schimba brusc atitudinea, dar ar fi minunat dacă ulterior persoanele surde ar fi acceptate mai ușor printre cei ce aud.

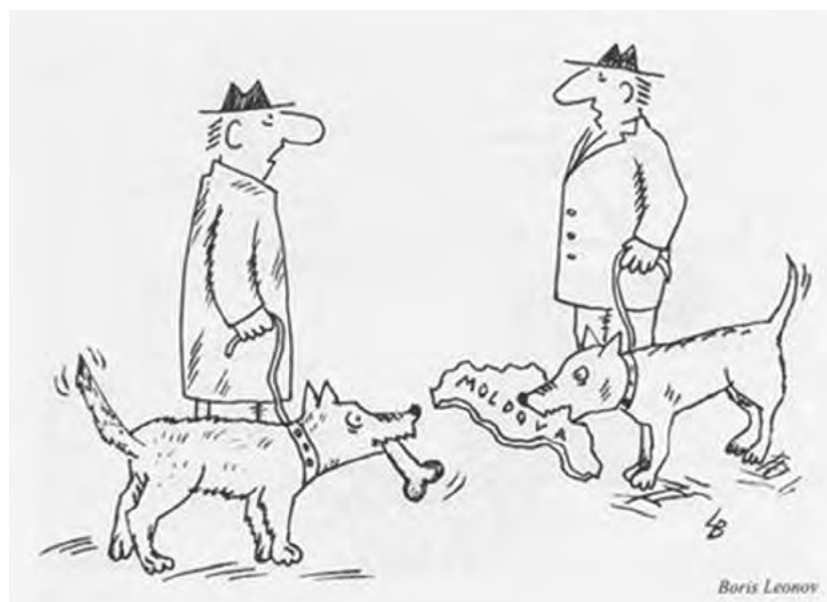
Ce să mai adaug despre mine? Așa cum sunt surdă, ciudată și parcă normală, într-un cuvânt, „fericită”, eu – Liudmila Artemi, solicit favoare și respect, în context: faceți cunoștință!

**LUMEA NOASTRĂ VĂZUTĂ
DE CARICATURISTUL BORIS LEONOV**

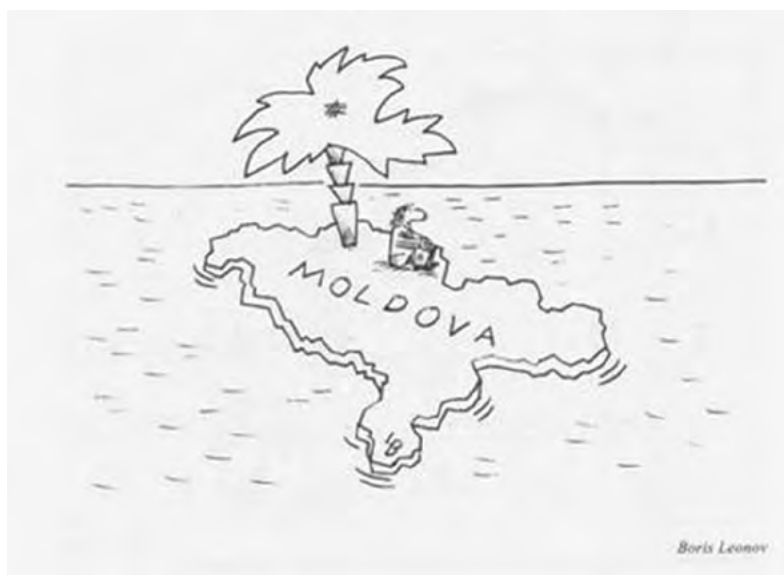


Boris Leonov (1939 – 2004)

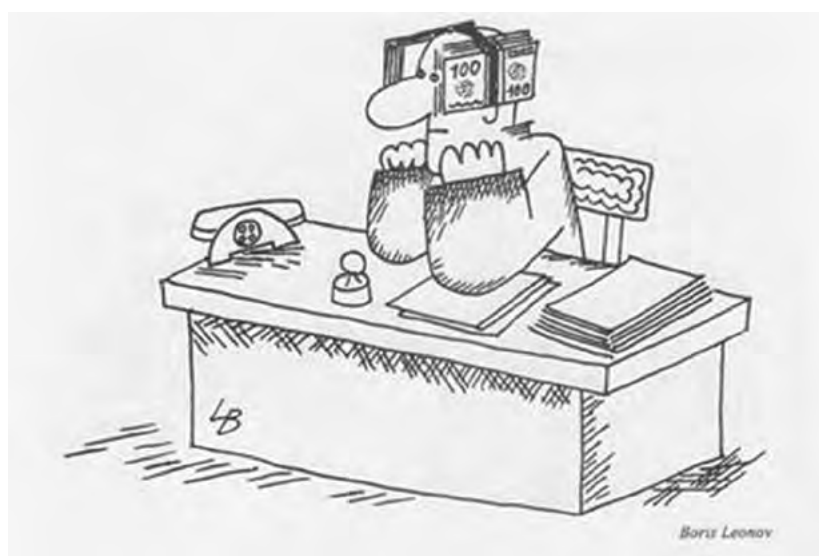
„...unicul lui mijloc de comunicare era caricatura, ce l-a ajutat să găsească limbaj comun oriunde și cu oricine...”

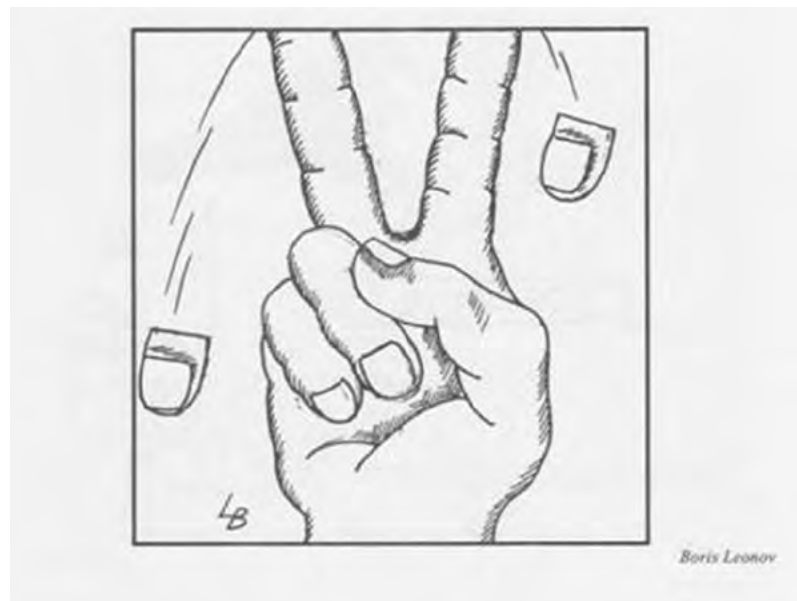












MITURI ȘI FAPTE DESPRE PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI DE AUZ

Despre persoanele surde se spun multe mituri și neadevăruri. În realitate persoana surdă nu se deosebește cu nimic de alte persoane.

Mit: *Persoanele cu deficiențe de auz sunt surdomute?*

Adevăr: Cuvântul „surdomut” este incorect atunci când se face referință la o persoană cu deficiențe de auz. O mare parte dintre surzi pot vorbi cu voce, chiar dacă uneori nu tocmai clar și corect. Plus la toate, ei își pot exprima deplin gândurile în limbajul semnelor prin care comunică. Corect, aceste persoane să numesc „neauzitori”, „surzi”, „hipoacuzici” ori „persoane cu deficiențe de auz”. Pentru mulți cuvântul „surdomut” este umilitor.

Mit: *Surzii sunt agramăți, nu pot scrie și nici citi ...*

Adevăr: Surzii ca și persoanele auzitoare învață la școală, obțin studii, citesc cărți și ziare, privesc filme titrate, navighează pe Internet etc. Printre persoanele surde deseori se întâlnesc specialiști profesioniști – ingineri, programatori, pedagogi, oameni de cultură – pictori, artiști, poeți, jurnaliști. La ora actuală Internetul atestă numeroase site-uri create de surzi pentru surzi.

Mit: *Surzii sunt persoane cu retard mintal.*

Adevăr: Defectul vorbirii surzilor face impresia retardului mintal – obiceiuri sociale, vorbirea și relațiile emotive. Desigur, sunt și cazuri excepționale, când copilul se naște surd. Situația însă se complică atunci când părinții sunt persoane auzitoare (90% din copiii surzi au părinți auzitori) care nu știu... să comunice cu copilul lor și folosesc limba vorbită pentru comunicare,

ceea ce influențează negativ intelectul copilului. Problema dispare, dacă părinții învață limbajul semnelor. Cu părere de rău, nu întotdeauna se întâmplă așa și e regretabil, pentru că dactilemele le poți însuși în doar 1-2 luni.

În școlile speciale și grădinițe, comunicarea între copii are un efect sporit – cu retard mintal sunt foarte puțini surzi.

Mit: *Toți surzii sunt tâlhari!*

Adevăr: Cu părere de rău, presa dă prioritate publicațiilor despre unele încălcări periodice, dar nu și celor despre performanțele surzilor. Oameni cinstiți printre persoanele surde sunt în majoritate absolută.

Mit: *Dacă surzii vorbesc în limbajul semnelor, ei sunt agramați.*

Adevăr: Mulți surzi, prioritar, comunică în limba lor – limbajul semnelor, care are o structură, un lexic, reguli gramaticale și alte componente specifice. Mulți dintre ei posedă și limbile româna și/sau rusa.

Mit: *Limba surzilor nu este o limbă adevărată.*

Adevăr: Limba de comunicare a surzilor ar fi mai corect să o numim limbajul semnelor, dar nu „mimico-gestual”. „Mimica” este expresia feței, iar „gesturile” exprimă poziția și mișcările corpului. Limbajul semnelor este o limbă de sine stătătoare.

Mit: *„Surzenia înseamnă pedeapsa divină și chiar blestem de la Dumnezeu”.*

Din experiența personală a unei persoane cu dizabilități de auz (Maria, 44 de ani): Acum trei ani, am fost cu o prietenă la o întrunire cu aspect religios, organizat de Biserica Greco-Catolică, lângă Lvov, Ucraina. La eveniment au participat persoane din multe țări: Croația, Polonia, Ucraina, Rusia, Estonia ș.a. În prima zi, am făcut cunoștință cu participanții, pe rând

s-au făcut prezentările. Și eu m-am ridicat în picioare, am vorbit puțin despre defectul meu de auz. Printre participanți am observat o doamnă care șchiopăta, avea probleme ortopedice. Toți erau binevoitori cu mine.

În ultimă zi, totuși, o doamnă a propus ca toată lumea să se roage în mod special pentru mine, deoarece sunt surdă – „este păcătoasă, blestemată de însuși Dumnezeu”. M-am prefăcut că nu înțeleg... Prietena mea, însă, foarte indignată, a informat adunarea că nu-i nimic groaznic în faptul că nu aud, ba dimpotrivă, m-a lăudat. M-a protejat și preotul, care conducea adunarea. Foarte serios și calm, el a vorbit despre lucruri duhovnicești, nu mai știu ce, eu doar îl priveam în față (mi-am imaginat cu groază un tablou din istoria antică, când copiii cu handicap fizic erau aruncați de pe stânci). Am observat că doamna ce șchiopăta încremenise.

Mai apoi, cea care venise cu această inițiativă „neobișnuită” s-a apropiat și și-a cerut iertare. Cu emoții pozitive am petrecut ultimele clipe împreună. La urma urmei, e ceva obișnuit pentru gândirea stereotipă, și nu era prima cu o astfel de atitudine față de mine, i-am răspuns eu.

„CEEĂ CE NU ȘTIAȚI” DESPRE SURZI...

Dacă constatați, că interlocutorul Dumneavoastră este surd, Vă întoarceți și plecați? De ce este mai bine a nu spune persoanelor surde „Îmi pare rău. Scuzați.”

Cu o persoană surdă Vă puteți înțelege! Dacă doriți să-i vorbiți, este necesar să Vă întoarceți cu fața spre ea și să pronunțați clar, cu articulația buzelor ori să-i scrieți pe hârtie, ori să culegeți textul pe telefonul mobil.

Cum surzii conduc automobilul?

Pentru a conduce automobilul, surzii au nevoie de vâz excelent, adică de ochi. Ei conduc exact așa precum persoanele sănătoase conduc automobilul în salonul căruia răsună muzica la o tonalitate înaltă. Datele statistice indică, că surzii sunt implicați în accidente rutiere mult mai rar decât celelalte persoane. Ca informație, în anii 1970 în Rusia s-a desfășurat un experiment cu privire la accesul persoanelor surde la conducerea auto. Rezultatele au arătat că persoanele cu handicap (surzi, surdo-muți) pot obține permis de conducere. În august 1975, prin Ordinul Ministerului Sănătății a fost obținut aviz favorabil pentru persoanele cu deficiențe de auz conducători auto. Apropo, peste hotare, în SUA, sunt persoane surde proprietari de avioane și iahturi marine.

Dumneavoastră puteți citi?

E amuzant! Tot mai mulți surzi sunt doctoranzi, doctori în științe, persoane care au finalizat una sau două facultăți universitare. În general, printre surzi sunt persoane care scriu cu greșeli, doar dacă limba rusă ori limba română nu este limba lor maternă.

O, Dumneata poți citi de pe buze!

E perfect! Dar ce spune acel băiat din ultima bancă? Capacitatea

de a citi de pe buze nu o are fiecare surd. Pentru aceasta trebuie să cunoști limba vorbită. A citi de pe buze de la o distanță mare este imposibil.

O-o-o..., îmi pare foarte rău! Pierderea auzului ar fi pentru mine cea mai groaznică întâmplare din viață!

Evident, în surditate sunt multe minusuri, dar nu e atât de groaznic, cum pare a fi. Imediat Vă imaginați că veți fi izolat de lume, nu-i așa? Dar aceste persoane comunică liber cu cei din jur prin limbajul semnelor. Există traducători, care îi ajută pe surzi în diferite situații cotidiene. Pierderea auzului nu-i limitează să ducă un mod normal de viață ca și auzitorii.

Chiar dacă aveți o altă părere, nu o expuneți surzilor.

Purtați proteză auditivă?

Proteza auditivă „transformă” persoanele surde în hipoacuzice, iar pe cei hipoacuzici – în persoane auzitoare. Totodată, este necesar a urmări articulația vorbitorului, uneori a purcede la limbajul semnelor ori dactil, pentru a înțelege corect subiectul discuției.

Acum Vă puteți pune implant cohlear (AK), că să vă corecți auzul?

În ultimul timp sunt multe persoane care din primele clipe de cunoștință încep a face publicitate AK, afirmând cât e de bine să auzi cântecul păsărilor, muzică etc. A accepta sau nu AK este o decizie foarte importantă, luând în considerație mai mulți factori, pe care puteți să nu-i cunoașteți. În general, faptul că este nevoie a modifica ceva este o întrebare delicată din mai multe puncte de vedere. Mai bine nu puneți în discuție acest subiect, dacă sunteți „departe” de lumea surzilor.

Vorbiți foarte bine, pe Dumneavoastră Vă pot înțelege ușor!

Îndeosebi, acest „compliment” îl aud persoanele care și-au pierdut auzul de la auzitori, uneori chiar și de la interpretii în limbajului semnelor. De ce între ghilimele? Se subînțelege că apreciem capacitățile mintale după posibilitatea de a ne exprima explicit. De aici și concluzia greșită: cine nu are o vorbire explicită nu este atât de lucid la minte. Deci, să auzi o astfel de expresie este ca o lovitură de cuțit în spate. De fapt, prin vorbirea deslușită, este cu mult mai greu a le explica oamenilor că persoana e total surdă.

ANGHELINA CHIABURU. DESPRE DIZABILITATEA DE AUZ, DIN PERSPECTIVĂ MEDICALĂ

În perioada 19-25 septembrie, în întreaga lume, inclusiv în R. Moldova, sunt marcate Zilele Persoanelor cu Dizabilități Auditive.

Temele discuției: Cum să înțelegem mai bine problema surdității? Care sunt patologiiile care conduc la scădere de auz? Cât de important este diagnosticul timpuriu?



Natalia

Cum se realizează screening-ul copiilor cu dizabilități de auz?

Anghelina Chiaburu

Screening-ul este examinarea inițială aplicată „în masă”, care constă în aplicarea unui ansamblu de procedee și tehnici de investigație a populației în scopul identificării prezumptive a unei boli, anomalii sau a unor factori de risc.

Testele de screening audiologic nu sunt destinate pentru a

Întâlniri on-line

diagnostica cu precizie afecțiunea, ci doar pentru a identifica copiii cu posibile defecte de auz, care ulterior necesită o examinare audiologică complexă cu determinarea tacticii de tratament și reabilitare. Metodele folosite în screening-ul audiologic pot fi diferite, în funcție de vârsta populației supusă screening-ului, cât și de posibilitățile tehnice.

Screening-ul audiologic la nou-născuți se efectuează prin înregistrarea otoemisiilor acustice (OEA) tranzitorii și/ori a produselor de distorsiune acustică. Examenul se desfășoară într-o odaie liniștită, copilul fiind în stare de somn fiziologic ori la necesitate medicamentos. Pentru ca rezultatele examinării OAE să fie veridice, testarea se va efectua după o inspecție otoscopică a urechii. Se introduce sonda în ureche cu alegerea olivei individuale care corespunde mărimii conductului auditiv extern al copilului, pentru o bună etanșitate, și se înregistrează răspunsul (pozitiv, prezența OEA – auz normal; negativ, lipsa OEA – suspecție la surditate).

În republică primul screening audiologic a fost efectuat în anul 2000, în cadrul unui Proiect susținut de ONG-uri internaționale (au fost examinați copii de vârstă preșcolară din 6 raioane prin metoda audiometriei tonale).

Din anul 2002, la Centrul republican de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică se efectuează, cu susținerea unor proiecte internaționale, screening-ul copiilor din grupul de risc, din anul 2002, în IMSP IMșiC – screening-ul nou-născuților prematur, iar din 2012 – screening-ul copiilor de vârstă școlară (7-8 ani) din 4 școli din Chișinău (Proiect moldo-polonez). În perspectivă urmează implementarea screening-ului audiologic al nou-născuților din întreaga republică.

Gheorghe

Care sunt principalele cauze care pot provoca dizabilitatea auditivă?

Anghelina Chiaburu

Surditate de origine genetică, cum ar fi:

- aplazia Michel – o genopatie cu transmisie autozomal dominantă, în care se constată lipsa completă de dezvoltare a urechii interne;
- aplazia Mondini – o genopatie cu transmitere autozomal dominantă în care se dezvoltă numai primul tur (de bază) al cohleei;
- aplazia Scheibe – o genopatie cu transmitere autozomal recesivă în care sacula și ductul cohlear sunt hipogenetice;
- aplazia Alexander – aplazia ductului cohlear;
- boala Refsum – în care există retinită pigmentară, ichtioză, polineuropatii, ataxie și surditate;
- boala Alstrom – în care există retinită pigmentară, diabet zaharat, obezitate și surditate progresivă;
- boala Paget sau osteitis deformans – în care există deformări scheletice, degenerarea organului Corti;
- boala Pendrer – se caracterizează prin hipotiroidie și surditate;
- sindromul Usher – în care există retinită pigmentară și surditate;
- sindromul Hurler – în care există deformări scheletice, nanism, retard mental, hepatosplenomegalie și surditate progresivă;
- sindromul Waardenburg – distopia cantorum,

Întâlniri on-line

hiperplazia sprâncenelor, heterocromia parțială ori totală a irisului, irisul „albastru metalic”, atrofia organului Corti;

- boala Alport – în care există glomerulonefrită, cataractă, nistagmus și surditate;
- sindromul Tietz – albinism și surditate;
- sindromul Cockayne – nanism, retinită pigmentară, retard mental, tulburări motorii și surditate;
- surdități autozomal dominante;
- surdități autozomal recesive;
- surditate nonsindromică mitocondrială.

Surditate dobândită (achiziționată) este surditatea instalată în anumite perioade ale vieții.

Cauzele din perioadele prenatale și intranatale care cel mai frecvent aduc la instalarea surdității sunt:

- boli suportate de către mamă în timpul sarcinii (rubeola, sifilis, toxoplazmoza, citomegalovirus, herpes ș.a.);
- întrebuințarea preparatelor cu efect ototoxic în timpul sarcinii (antibiotice- aminoglicozide, diuretice, salicilate ș.a.);
- condiții profesionale nocive ale mamei (intoxicații, radiații, vibrații ș.a.);
- comportament adectic (alcoolism, droguri);
- naștere patologică;
- asfixie neonatală severă Apgar < 4 în 5 min.;
- masa corpului < 1500 gr.;

- hiperbilirubinemie;
- prematuritate (vârsta de gestație < 34 săptămâni).

Cauzele surdității dobândite:

- boli infecțioase suportate (meningita, rujeola, varicela, parotodita ș.a.);
- întrebuințarea preparatelor cu efect ototoxic (streptomicina, neomicina, gentamicina, kanamicina ș.a.);
- traumatism cranio-cerebral (comoția cohleară, fistula perilimfatică, ruptura fenestrală);
- traumatism acustic (împușcături, explozii de petarde);
- boli metabolice ori autoimune (diabetul, hipoterooidita, sindromul Cogan ș.a.);
- boli inflamatorii (cochlearizarea drept complicație în supurațiile urechii medii);
- idiopatică (surditate brusc instalată spasm, embolie, tromboză, hemoragie);
- tumorală (schwannomul de cochlear și schwannomul de vestibular).

Maria

*O persoană cu dizabilități de auz poate auzi foșnetul frunzelor?
Dar orchestra? Avionul?*

Anghelina Chiaburu

Intensitatea și spectrul frecvențial al foșnetului de frunze, varietatea frecvențială, de intensitate și timbru a unei orchestre nu poate fi deslușită de o persoană cu deficiențe de auz

Întâlniri on-line

(excepție fac doar formele ușoare) fără un suport protetic (aparat auditiv).

Margareta

Care este limita normelor urechii auzitoare? Și la ce distanță?

Anghelina Chiaburu

Auz în limitele normei se consideră auzul determinat de un prag auditiv cuprins între 0-20 dB.

Pragul auditiv (pragul sonor, pragul audiției) reprezintă cea mai mică intensitate a unui sunet care poate fi percepută de urechea umană. Urechea umană este un filtru acustic și percepe sunete cu intensități între 0 și 140 dB, și frecvențe aproximativ între 16 Hz (20 Hz) și 20000 Hz. Cea mai mare sensibilitate a urechii variază în jurul valorii de 1550 Hz.

Oscilațiile cu frecvențe mai mici de 16 Hz (20 Hz) numite infrasunete și cele cu frecvențe superioare valorii de 20000 numite ultrasunete nu pot fi percepute de urechea umană. Intensitatea sunetului în timpul unei conversații obișnuite este aproximativ de 40-60 dB. Sunete cu intensități mai mari de 140 dB produc o senzație dureroasă și pot determina distrucții la nivelul organului receptor al auzului. Vocea în șoaptă poate fi percepută până la 5-6 m, conversația – mai mult de 6 m.

Corina Vasilcău

Cum se realizează clasificarea deficiențelor de auz?

Anghelina Chiaburu

Surditatea sau hipoacuzia este pierderea totală sau parțială, uni- sau bilaterală a acuității auditive.

Potrivit timpului instalării surditatea poate fi clasificată în:

- surditate prelinguală – instalată la copil până a începe a vorbi;
- surditate perilinguală – instalată la copilul care începe a vorbi, dar încă nu știe a citi;
- surditate postlinguală – apare la copilul/ adultul care știe deja să vorbească și să citească.

După localizarea leziunii:

- surditate de transmisie - defect localizat la nivelul urechii externe și/sau medii;
- surditate de percepție (senzoroneurală, neurosenzorială) - afecțiuni localizate la nivelul urechii interne sau a nervului VIII;
- surditate tip mixt care implică urechea medie și cea internă.

După urechea afectată:

- unilaterală
- bilaterală.

Olga S.

Toate persoanele cu surditate poartă aparate auditive?

Anghelina Chiaburu

În limbajul cotidian termenul *proteză auditivă* (aparat auditiv) înseamnă un aparat miniatural, eliberat de audioprotezist și destinat pentru a restabili audição la persoanele cu deficiență de auz. O definiție mai largă adoptată de Comisia Națională de Omologare (Christian Gelis, Franța) îl determină drept „aparat de reabilitare auditivă, dispozitiv activ destinat să amelioreze, corijeze ori să reabiliteze deficiențele de auz prin adaptare specifică, apropiată capacităților de percepție și toleranță”.

Întâlniri on-line

Sunt considerate indicații pentru protezare auditivă:

- deficiența de auz la ambele urechi de 35-40 dB și mai mult pe intervalul frecvențelor zonei vorbirii 500 Hz-2000 Hz (după K. Bergher);
- epuizarea procedeeilor terapeutice (medicamentos, chirurgical) de vindecare a afecțiunii ce a adus la scăderea auzului.

Contraindicațiile sunt:

- afecțiunile inflamatorii ale urechii (în cazurile de protezare aeriană);
- insuficiența cardiovasculară severă (perioada de 3 luni după infarct miocardic);
- ictus cerebral (perioada acută);
- surditate idiopatică brusc instalată;
- tumorile cerebrale benigne, maligne;
- ateroscleroza cerebrală avansată;
- fenomenul Tulio (apariția vertijului la acțiunea zgometului);
- tulburări psihice grave.

Vasile Munteanu

Auzul poate fi restabilit?

Anghelina Chiaburu

Pierderea auzului se caracterizează prin scăderea bruscă sau progresivă a percepției sunetelor. În funcție de cauză, pierderea auzului poate varia ca severitate de la forma ușoară până la

severă și poate fi reversibilă, temporară sau permanentă.

Restabilirea auzului (în cazurile de surditate dobândită!) depinde de mai mulți factori și anume:

- cauzele care au adus la surditate,
- nivelul leziunii,
- timpul instalării,
- diagnosticul timpuriu și corect,
- tratamentul adecvat.

Atunci când sunt respectate aceste deziderate șansele de restabilire a auzului sunt maxime.

Alexandru

Care sunt primele simptome ale surdității? Dacă am suspiciuni, la cine mă adresez în primul rând? Cine sunt în grupul de risc?

Anghelina Chiaburu

În funcție de cauza, pierderea auzului poate fi temporară sau permanentă, putând varia ca intensitate de la forma cea mai ușoară până la cea mai severă. Pierderea progresivă a auzului se află pe locul 3 în topul afecțiunilor cronice prezente la vârstnici, ea afectând până la 40% dintre persoanele cu vârsta peste 65 de ani și până la 80% dintre persoanele cu vârsta peste 85 de ani. În cazul în care se pierde auzul, persoana în cauză poate să nu fie conștientă de acest fapt, în special atunci când auzul diminuează treptat.

Membrii familiei sau prietenii pot fi primii care observă acest lucru. De exemplu, aceștia observă că persoana care are auzul diminuat, are dificultăți în a înțelege ceea ce discută cei din jurul lor, în special atunci când vorbesc mai multe persoane în același timp sau dacă există un zgomot suplimentar pe fundal.

Întâlniri on-line

Pierderea auzului afectează, de asemenea, activitatea zilnică a persoanei, precum și siguranța ei. Deficiența de auz poate cauza retragerea persoanei respective, chiar apariția depresiei și pierderea independenței, deoarece scade interacțiunea socială cu alte persoane.

Simptomele surdității sunt:

- estomparea (reducerea) auzului;
- dificultatea de a auzi ce se vorbește în jur, mai ales dacă pe fundal mai sunt prezente și alte zgomote;
- ascultarea radioului sau televizorului la un sonor mai ridicat decât în trecut;
- evitarea purtării unei conversații, persoana cu dificultăți în auz evită tot mai mult socializarea.

Alte simptome mai sunt: tinitusul (diverse zgomote în urechi), acufete, vertij etc.

Dacă aveți simptome care ar defini o deficiență de auz Vă adresați medicului ORL-audiolog, care va efectua un examen audiologic și va determina tactica ulterioară!

Surditatea se diagnostichează în urma unui consult medical complet.

Luminița Rusnac

Există statistici medicale vis-a-vis de numărul persoanelor cu dizabilități de auz în Republica Moldova? (dintre care copii, conform estimărilor dvs.)

Anghelina Chiaburu

Incidența handicapului dat, conform datelor literaturii mondiale, rămâne a fi destul de frecventă. În țările industrial dezvoltate,

este acceptată părerea că 1 copil la 1000 este afectat de surditate la naștere și 1 la 1000 în primii ani de viață. Conform datelor statistice furnizate de National Institute of Deafness and other Communications Disorders (NIDCD), surditatea se întâlnește în 1-3 cazuri la 1000 nou-născuți sănătoși și în 2-4 cazuri la 100 nou-născuți internați în secțiile de terapie intensivă neonatală.

În Republica Moldova, la Centrul de audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică sunt monitorizați peste 1400 copii cu diferite forme ale surdității, vârsta acestora fiind cuprinsă între 0-18 ani.

Ion Antif

Exista un program national în Moldova de reabilitare/ajutorare a persoanelor cu deficiențe de auz?

Anghelina Chiaburu

În republică protezarea auditivă până nu demult se făcea din diferite proiecte internaționale susținute de Asociația Medicilor Pediatri din Franța, a colegilor de la Ampliphon Elveția, Ambasada Franței în Republica Moldova ș.a.

Din anul 2006 în Republica Moldova se desfășoară „Programul național de asigurare gratuită cu aparate auditive a persoanelor cu deficiențe de auz”, susținut de Ministerul Sănătății. În baza licitației, anual se achiziționează aparate auditive digitale, repartizarea aparatelor auditive se efectuează în conformitate cu Regulamentul de protezare auditivă.

Georgeta Lupașcu

Dacă ați avea puterea de decizie și resursele necesare disponibile, care ar fi 2-3 măsuri pe care ați dori să le implementați în beneficiul

Anghelina Chiaburu

1. Implementarea unui acord (fiabil!) de colaborare intersectorială între Ministerul Educației, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, ONG vis-a-vis de problema copiilor cu surditate, care ar defini rolul și obligațiunile fiecărui actor implicat în problema dată.
2. Pregătirea și implementarea unui model bine chibzuit și adaptat situației reale din republică pentru incluziunea copiilor cu deficiențe de auz.
3. Pregătirea cadrelor și crearea echipelor multidisciplinare, după modele europene.

Anton

Care sunt primele 3 lucruri pe care ar trebui să le fac, pentru a-mi proteja copiii și a le asigura o sănătate auditivă? Care sunt cele mai importante acțiuni urgente, pe care ar trebui să le întreprindă autoritățile pentru a ameliora situația medicală a persoanelor cu deficiențe de auz? Vă mulțumesc.

Anghelina Chiaburu

O sănătate auditivă ar fi definită de următoarele:

- Mod sănătos de viață (evitarea factorilor cu risc sporit față de surditate enumerați anterior). Copilul de mic trebuie educat să fie grijuliu față de simțul auzului care este foarte fragil și deseori nu poate fi restabilit.
- Monitorizarea stării auzului și a vorbirii la copil.
- Adresarea timpurie la specialist, chiar după primele simptome ori bănuieli ale unei deficiențe de auz.

În primul rând, ar trebui să fie luate măsuri pentru reducerea poluării auditive (zgomotul rutier, industrial, gălăgia din parcuri, localuri etc.), să se respecte standardele internaționale față de nivelul de zgomot și, evident, cele 3 măsuri enumerate în întrebarea precedentă.

Sursa: <http://deca.md/?p=18927> (22 septembrie 2016)

CORNELIA BODORIN. DESPRE DIZABILITATEA DE AUZ, DIN PERSPECTIVE EDUCAȚIONALE

În Republica Moldova locuiesc aproximativ 5000 de persoane cu dizabilități de auz.

Temele discuției: Care este gradul de incluziune socială a acestor persoane? Cum comunică și cum este realizat dreptul la educație al copiilor cu deficiențe de auz? În ce măsură școala de astăzi oferă șanse egale unor astfel de copii?



Vitalie Corcimari

Unde învață copiii cu dizabilități de auz? Sistemul educațional din R. Moldova este unul incluziv pentru acești copii?

Cornelia Bodorin

În R. Moldova există instituții specializate pentru copiii cu dizabilități grave de auz - Grădinița nr. 167 pentru copii surzi și cu deficiențe multiple, Școala specială nr. 12 pentru copiii hipoacuzici și cu surditate tardivă (Chișinău), Școala-internat specială pentru copiii hipoacuzici din s.Hîrbovăț ș.a., unde copiii pot beneficia de asistență profesională, mai cu seamă la primele etape.

Elizaveta Rusu

Școlile de cultură generală sunt pregătite pentru a le oferi o educație incluzivă acestor copii?

Cornelia Bodorin

Ca urmare a politicilor de incluziune implementate în sistemul educațional din R.Moldova, în perioada 2013-2014, circa 3.500 de elevi cu CES studiau în 400 de instituții generale de învățământ; 2.920 de copii au fost instruiți în baza Planului Educațional Personalizat (PEI). În perioada 2013-2014, 77 de elevi cu CES din UTA au absolvit instituții generale de învățământ (http://www.ipp.md/public/files/Proiecte/Studiu_Cara_Angela.pdf), fapt ce se datorează atât activității desfășurate de Serviciile de Asistență Psihopedagogică în ultimii ani, cât și transferului în comunități a unor copii cu CES din instituțiile rezidențiale care s-au închis/reprofilat (http://ccfmoldova.org/uploads/pages/STUDIU_CCFM_ROM_web.pdf).

Copiii cu deficiențe vizuale/auditive alcătuiesc circa 3-5%, în acest context elevilor le sunt acordate toate serviciile și asistența educațională necesară.

Dacă vorbim despre situația în afara școlilor-pilot, este evidentă necesitatea prezenței cadrului didactic de sprijin, *calificat* în domeniu, în fiecare unitate școlară, cât și a adaptărilor tehnologice, habituale și didactice. CRAP, SAP-urile, Ministerul Educației, unele ONG-uri, spre exemplu LUMOS, depun eforturi majore în soluționarea problemelor acute apărute.

Eugen M.

Este necesar ca persoana cu dizabilități de auz, în procesul comunicării cu auzitorii, să respecte anumite reguli?

Cornelia Bodorin

Regulile de comunicare sunt aceleași și pentru neauzitori, și pentru cei cu auz normal. Cu excepția când persoana surdă nu este demutizată (nu posedă limbajul verbal). În acest caz, cunoașterea limbajului semnelor (corect!) devine o condiție și o necesitate pentru ambii interlocutori.

Limbajul semnelor are reguli gramaticale, semantice și morfologice specifice și poate fi însușit atât la cursuri speciale, cât și on-line (<http://civicportal.education/course/view.php?id=74>)

Alexandra

Surditatea poate fi înlăturată sau restabilită?

Cornelia Bodorin

Depinde de forma, gradul de afectare și localizarea surdității, dar cert este faptul că depistarea timpurie, protezarea adecvată, activitatea sistematică cu surdopedagogul și logopedul minimizează efectele acestei deficiențe.

Vasile

Ce instituții la noi în republică pregătesc specialiști pentru activitatea cu persoanele surde?

Cornelia Bodorin

La momentul actual, în Republica Moldova toate instituțiile de învățământ superior cu profil pedagogic au inclus în planurile de studii, la ciclul I, disciplina "Educație incluzivă", în cadrul căreia se promovează atât ore practice, cât și teoretice pentru toate tipurile de dizabilități, inclusiv cele de auz. Periodic sunt organizate Cursuri de formare continuă în domeniul Educației

Incluzive la Institutul de Științe ale Educației, Institutul de Formare Continuă și la UPS „Ion Creangă”.

Eugen

Ce instituție de învățământ superior din Moldova pregătește interpreți în limbajul semnelor?

Cornelia Bodorin

Specializare în surdopsihopedagogie nu avem, reieșind din numărul mic de solicitări. Totodată licențiați în domeniul psihopedagogiei pot fi instruiți în Limbajul semnelor în cadrul cursurilor sistematice organizate de Asociația Surzilor din R.Moldova (Cursul e-learning: <http://civicportal.education/course/view.php?id=74>)

Gheorghe Butnaru

Cum comunică persoanele cu dizabilități de auz care se află în detenție în instituțiile penitenciare?

Cornelia Bodorin

Membrii Asociației Surzilor din R. Moldova sunt asigurați cu translator, la necesitate, gratis.

Maia

Cum comunică/apелеază surzii cu autoritățile, serviciile de urgență în RM? Dar peste hotare?

Cornelia Bodorin

Doar un procent mic de neauzitori au lipsă totală, bilaterală, a funcției auditive (după datele OMS – până la 4%). În acest caz, Asociația Surzilor asigură prezența translatorului pentru toți

Întâlniri on-line

membrii asociației.

Peste hotare există aceeași practică, în limba localnicilor, pentru persoanele puse la evidență.

Olga Bobeico

Ce este limbajul Makaton? Este el oare o soluție pentru incluziunea copiilor cu deficiențe educaționale?

Cornelia Bodorin

Cei ce folosesc Makaton sunt încurajați să comunice folosind semnele, apoi gradual, în timp ce se face legătura dintre cuvânt și semn, semnele sunt înlocuite de vorbire. Semnele sunt preluate și simplificate din limbajul semnelor (http://impreuna.arts.ro/articol.php?limba=1&id_articol=25).

De regulă, Makaton se folosește în dizabilități profunde și asociate, acolo unde alte sisteme de comunicare nu sunt eficiente. La etapa actuală, Ministerul Educației în colaborare cu CRAP promovează cursuri de formare inițială a specialiștilor în Makaton.

Iurie Sandu

Eu vreau ca copilul meu să învețe într-o școală incluzivă! Dar cred că Ministerul Educației a pus „carul în fața cailor” - a plasat copiii cu dizabilități de auz în școlile de cultură generală, dar nu a pregătit specialiști pentru aceasta... Care este soluția?

Înțeleg că nu este o întrebare directă pentru dvs., dar noi suntem mai mulți părinți revoltați de această situație... Cui să ne plângem când autoritățile sunt „surde” la problemele surzilor?

Cornelia Bodorin

În republică există și instituții specializate, unde copiii pot

beneficia de asistență profesională, mai cu seamă la primele etape.

Totodată, insist asupra sistemului educațional general pentru copiii protezați și pentru copiii cu implant cohlear (preferențial, după o pregătire cu surdopedagogul).

Într-adevăr, școlile din țara noastră sunt școli incluzive doar în devenire. Educația Incluzivă este corectă, dar acest sistem este cel mai costisitor din toate posibile...și procesul va dura mult.

Ghenadie R.

Cum să ne ajutăm copiii surzi și hipoacuzici să aibă o educație mai bună?

Cornelia Bodorin

În funcție de gravitatea și specificul dizabilității, copilul poate fi plasat într-o instituție specială sau generală. Activitățile logopedice, inclusiv Dezvoltarea auzului fonematic, Kinetoterapia, Terapia ocupațională, Stimularea plurisenzorială sunt obligatorii.

Alina Bradu

Există o metodologie de predare în școală aprobată de Ministerul Educației în clase mixte, cu copii fără și cu deficiențe de auz?

Cornelia Bodorin

Copiii cu dizabilități, incluși în învățământul general, învață conform Planului Educațional Personalizat, realizat de comisia multidisciplinară. Spre exemplu, în anul 2014 circa 2920 de copii au fost instruiți în baza acestui plan.

Georgeta Lupașcu

Dacă ați fi factor de decizie și ați avea resursele necesare disponibile, care ar fi primele acțiuni urgente pe care le-ați realiza pentru îmbunătățirea situației persoanelor cu deficiențe de auz?

Cornelia Bodorin

Dacă aș avea sursele financiare necesare, aș asigura cu cadru didactic de sprijin calificat (!) fiecare copil cu dizabilitate și, în plus, cu asistent personal pe fiecare copil cu dizabilitate severă/multiplă.

Anatol Dimitriu

Numiți, vă rog, câteva experiențe și bune practici din exterior, pe care ați dori să le vedeți implementate în RM pentru persoanele cu dizabilități de auz?

Cornelia Bodorin

În primul rând, monitorizarea strictă a cauzelor și incidenței dizabilităților, intervenția timpurie, investiții în adaptări habituale și tehnologizarea procesului educațional, precum și formarea continuă a specialiștilor din domeniul psihopedagogiei.

Lilian

Care este statutul limbajului semnelor în R. Moldova?

Cornelia Bodorin

Limbajul mimico-gestual este recunoscut drept limbaj oficial al persoanelor cu surdomutitate (1992). Mai mult decât atât, există Hotărârea Nr. 333 din 14.05.2014 pentru aprobarea Regulamentului privind prestarea serviciilor de comunicare prin utilizarea limbajului mimico-gestual/limbajului semnelor cu ajutorul interpretului.

Veaceslav M.

Ce instituții științifice din R.Moldova se ocupă de cercetarea lingvistică a limbajului semnelor?

Cornelia Bodorin

Cercetarea lingvistică a limbajului semnelor se realizează doar în cadrul studiilor de doctorat, masterat și licență la instituțiile de profil preponderent pedagogic.

Nicolae Ciobanu

În R. Moldova sunt manuale de studiere și predare a limbajului mimico-gestual?

Cornelia Bodorin

La momentul actual, Asociația Surzilor din R. Moldova inițiază (prin susținerea unor proiecte internaționale) editarea unei serii de lucrări, dedicate instruirii în limbajul mimico-gestual.

Prima lucrare, „Ghid metodologic pentru învățare limbajului mimico-gestual în Republica Moldova”, se preconizează a fi editată în ultimul semestru al anului 2016.

George

Care ar fi sfaturile pedagogice pentru părinții copiilor surzi?

Cornelia Bodorin

1. Depistarea cât mai timpurie a pierderilor auditive și a auzului restant (pentru a putea fi dezvoltat în continuare drept reper principal în dezvoltarea limbajului verbal).

2. Includerea cât mai timpurie în activitățile specific-recuperative: logopedie, dezvoltarea auzului fonematic, dezvoltarea plurisenzorială, kinetoterapia, terapia ocupațională.

Întâlniri on-line

3. Utilizarea dactilului și limbajului semnelor în învățarea limbajului verbal (comunicare totală), cât și în predarea noțiunilor/temelor noi.
4. Familiarizarea timpurie continuă cu valorile etice și morale: cunoașterea operelor artistice, filme, desene animate, cărți, pictură etc.
5. Socializarea copiilor cu deficit de auz prin stabilirea și dezvoltarea relațiilor interpersonale.

Antonina

Cum se descurcă surzii în societate?

Cornelia Bodorin

Surzii născuți în familii de surzi sunt mai puțin frustrați datorită faptului că surditatea nu este privită drept o sentință. Cunoașterea limbajului verbal, protezarea reușită facilitează succesele persoanelor neauzitoare în societate. Pe de altă parte, în ultimii ani devine tot mai relevantă tendința societății de a cunoaște valorile umane/lingvistice ale persoanelor cu surdomutitate. Acest fapt este fundamentat prin multitudinea articolelor, emisiunilor TV și radio, conferințelor naționale și internaționale la care se discută aceste probleme.

Vă mulțumim.

Sursa: <http://deca.md/?p=18933> (23 septembrie 2016)

ANEXA 1. DICȚIONAR DE TERMENI

SURD, -Ă, surzi, -de, adj. - (Adesea substantivat) Care nu aude (bine), lipsit (total sau parțial) de auz. – Din lat. surdus. Sursa: DEX '09 (2009);

SURDITĂȚE, surdități, s. f. - Infirmitate congenitală sau dobândită, care constă în imposibilitatea (totală sau parțială) de a percepe sunetele; surzenie. ◇ Surditate psihică = imposibilitate de a recunoaște și a distinge cu simțul auzului sursa sonoră. Surditate verbală = boală caracterizată prin neînțelegerea sensurilor cuvintelor pe care le aude cineva. – Din fr. surdité. Sursa: DEX '09 (2009);

HIPOACÚZIC, -Ă, hipoacuzici, -ce, adj., s. m. și f. (med.) - (Persoană) care suferă de hipoacuzie. [Pr.: -po-a-] – Din fr. hypoacousique. Sursa: DEX ,09 (2009)

HIPOACUZIE, hipoacuzii, s. f. - Slăbire a acuității auzului. [Pr.: -po-a-] – Din fr. hypoacousie. Sursa: DEX '09 (2009);

AUDIOGRĂMĂ, *audiogram*, s. f. Grafic care indică acuitatea auditivă a unei persoane. [Pr.: a-u-di-o-] – Din fr. audiogramme.

PERSOANĂ CU DIZABILITĂȚI – persoană cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngreuna participarea ei deplină și eficientă la viața societății în condiții de egalitate cu celelalte persoane;

DIZABILITATE – termen generic pentru afectări/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, care denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factorii de mediu și cei personali);

Anexe

CAPACITATE DE MUNCĂ – raportul dintre posibilitățile biologice individuale și solicitarea profesională; este determinată de abilitățile fizice și intelectuale, precum și de nivelul de integrare socioprofesională, care ține de pregătire și de experiență;

INCLUZIUNE SOCIALĂ – ansamblu de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sportului, ocrotirii sănătății, informării și comunicării, mobilității, securității, justiției și culturii, precum și din alte domenii destinate integrării persoanelor cu dizabilități în societate;

INTERVENȚIE TIMPURIE (pentru copii) – proces de anticipare, identificare și întreprindere a măsurilor eficiente pentru copil și familie în scop de a minimaliza impactul și consecințele potențial negative ale stării patologice a copilului și de a contribui substanțial la sănătatea și dezvoltarea acestuia;

ASISTENȚĂ PERSONALĂ – servicii individualizate de asistență (în domeniile protecției sociale, muncii, asistenței medicale, instructiv-educativ, informațional, accesului la infrastructură ș.a.) ce răspund nevoii de mobilitate și altor nevoi ale copilului sau adultului cu dizabilități severe, care necesită sprijin în procesul de integrare în societate, oferite în baza unui program individual de reabilitare și incluziune socială și a evaluării inițiale sau complexe;

ADAPTARE REZONABILĂ – modificările și ajustările necesare și adecvate, care nu impun un efort disproporționat sau nejustificat atunci când este necesar, pentru a permite persoanelor cu dizabilități să se bucure sau să-și exercite, în condiții de egalitate cu ceilalți, toate drepturile și libertățile fundamentale ale omului;

DESIGN UNIVERSAL – proiectarea produselor, mediului, programelor și serviciilor astfel încât să poată fi utilizate de

către toate persoanele, pe cât este posibil, fără să fie nevoie de o adaptare sau de o proiectare specială. Designul universal nu va exclude dispozitivele de asistare pentru anumite grupuri de persoane cu dizabilități atunci când este necesar;

STANDARD ADECVAT DE VIAȚĂ – protejarea și promovarea dreptului persoanelor cu dizabilități la o alimentație, îmbrăcăminte și locuință adecvate în condiții de egalitate cu ceilalți cetățeni, fără discriminare pe criterii de dizabilitate;

ACCESIBILITATE– ansamblu de măsuri și lucrări de adaptare a mediului fizic, transporturilor, precum și a mediului informațional și comunicațional, incluzând tehnologiile și sistemele informaționale și comunicațiile, conform necesităților persoanelor cu dizabilități; factor esențial de exercitare a drepturilor și de îndeplinire a obligațiilor persoanelor cu dizabilități în societate;

PROGRAM INDIVIDUAL DE REABILITARE ȘI INCLUZIUNE SOCIALĂ – document elaborat de Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă sau de structurile sale teritoriale, în care sunt stabilite recomandările generale privind activitățile și serviciile de care persoana cu dizabilități are nevoie în procesul de incluziune socială;

REABILITARE MEDICALĂ – complex de măsuri din domeniul medical, acordate la toate etapele de asistență medicală (primară, secundară și terțiară) persoanelor cu disfuncționalități și dizabilități, orientate spre menținerea sănătății și a calității vieții persoanelor în cauză, spre prevenirea apariției sau reducerea dizabilităților prin aplicarea coordonată și combinată a diverselor metode de recuperare medicală, funcțională și psihică;

REABILITARE PROFESIONALĂ – complex de măsuri medicale, profesionale, sociale și pedagogice orientate spre recuperarea sau

Anexe

compensarea funcțiilor dereglate ale organismului și capacității de muncă a persoanei cu dizabilități care, din cauza stării de sănătate în interacțiune cu diverse obstacole, nu își poate desfășura activitatea de muncă conform calificării;

LOC DE MUNCĂ PROTEJAT – spațiul aferent activității profesionale a persoanei cu dizabilități, care cuprinde locul de lucru din clădirea instituției și orice alt loc din interiorul instituției, precum și din afara ei, la care persoana cu dizabilități are acces în timpul exercitării sarcinilor sale de lucru, adaptat nevoilor acesteia, inclusiv echipamentul și căile de acces;

ÎNTEPRINDERI SPECIALIZATE – întreprinderile și organizațiile al căror capital statutar este deținut în proporție de 100% de societățile și asociațiile obștești ale persoanelor cu dizabilități, create pentru realizarea scopurilor statutare proprii, în cadrul cărora 50% și mai mult din numărul total al lucrătorilor angajați sunt persoane cu dizabilități. La întreprinderi specializate se atribuie, de asemenea, atelierele și secțiile de ergoterapie, fără statut juridic, din cadrul instituțiilor sociale și medicale, care au dreptul să desfășoare activități economice independente, respectând legislația în vigoare;

SOLICITANT ȘI BENEFICIAR AL SERVICIILOR DE COMUNICARE – persoanele cu deficiențe de auz (surzi, muți ori surdomuți) care, pentru a comunica, folosesc limbajul mimico-gestual/limbajul semnelor;

PRESTATOR AL SERVICIILOR DE COMUNICARE – Asociația Surzilor din Republica Moldova, care asigură organizarea și prestarea serviciilor de comunicare prin utilizarea limbajului mimico-gestual/limbajului semnelor cu ajutorul interpretului;

INTERPRET – persoană specializată în comunicare prin utilizarea limbajului mimico-gestual/limbajului semnelor care asigură astfel înțelegerea dintre persoana/persoanele cu deficiențe de auz și altă persoană/alte persoane din cadrul diferitelor autorități/instituții/organizații;

REGISTRU – totalitatea informațiilor documentate ținute manual, organizată în conformitate cu prevederile *Legii nr.71-XVI din 22 martie 2007 cu privire la registre* și prevederile *Regulamentului privind prestarea serviciilor de comunicare prin utilizarea limbajului mimico-gestual/limbajului semnelor cu ajutorul interpretului*;

CERINȚE EDUCAȚIONALE SPECIALE (CES) – necesități educaționale ale copilului/elevului/ studentului, care implică o școlarizare adaptată particularităților individuale sau caracteristice unei dizabilități ori tulburări de învățare, precum și o intervenție specifică prin acțiuni de reabilitare sau recuperare corespunzătoare;

CURRICULUM ADAPTAT – curriculum la o disciplină școlară, în care se realizează corelarea cu potențialul copilului sau elevului cu cerințe educaționale speciale, finalitățile educaționale rămânând neschimbate;

CURRICULUM MODIFICAT – curriculum la o disciplină școlară, în care se modifică finalitățile educaționale în funcție de potențialul copilului sau elevului cu cerințe educaționale speciale;

EDUCAȚIE INCLUZIVĂ – proces educațional care răspunde diversității copiilor și cerințelor individuale de dezvoltare și oferă oportunități și șanse egale de a beneficia de drepturile fundamentale ale omului la dezvoltare și educație de calitate în medii comune de învățare;

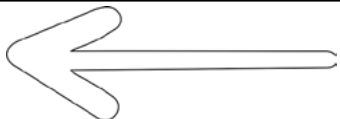
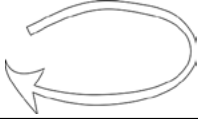
Anexe

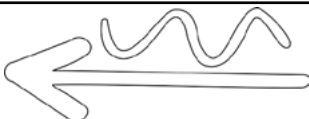
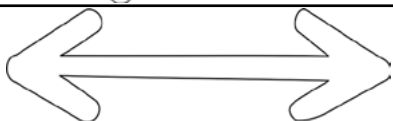
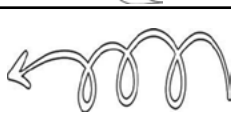
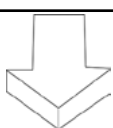
MĂSURI DE INTERVENȚIE ȘI SERVICII DE SPRIJIN PENTRU INCLUZIUNEA EDUCAȚIONALĂ – ansamblu de măsuri și servicii realizate pentru a răspunde necesităților copiilor, elevilor și studenților cu cerințe educaționale speciale în vederea facilitării accesului acestora la serviciile educaționale din comunitate;

PLAN EDUCAȚIONAL INDIVIDUALIZAT – instrument de organizare și realizare coordonată a procesului educațional pentru beneficiarii cu cerințe educaționale speciale;

PSIHOPEDAGOG SPECIAL – specialist în activitatea corecțional-recuperatorie (formarea comunicării verbale, dezvoltarea deprinderilor de percepție auditivă, dezvoltarea sferei cognitive

ANEXA 2. SEMNIFICAȚIA MIȘCĂRILOR ÎN LIMBAJUL MIMICO-GESTUAL

	Mișcarea mâinilor lateral
	Mișcarea mâinilor în linie curbă dreaptă / stânga
	Mișcarea mâinilor în forma de cerc separat de corp
	Mișcarea mâinilor în jos
	Mișcarea mâinilor în semicerc
	Mișcarea stânga / dreapta, brațul fixat
	Mișcarea în semicerc dreapta
	Mișcarea palmei sub formă de curbă
	Mișcarea în formă de cerc cu palma în față
	Mișcarea bruscă a mâinii în formă zig-zag

	Mișcarea sub formă de valuri
	Mișcarea degetelor pe rând
	Mișcarea mâinii în dreapta / stânga
	Mișcarea de la sine în semicerc
	Mișcarea mâinilor de la sine în cerc
	Mișcarea se repetă
	Mișcarea zig-zag lentă în jos a degetelor
	Mișcarea mâinii în direcția opusă spre sine
	Mișcarea mâinii în formă de spirală
	Mișcarea mâinilor de la sine în față

ANEXA 3. CADRUL LEGAL CU REFERIRE LA DREPTURILE PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI DE AUZ

Convenția Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități, ratificată de Republica Moldova prin LEGEA Nr. 166 din 09.07.2010

Constituția Republicii Moldova

LEGEA Nr. 60 din 30.03.2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități

HOTĂRÂREA DE GUVERN Nr. 333 din 14.05.2014 pentru aprobarea Regulamentului privind prestarea serviciilor de comunicare prin utilizarea limbajului mimico-gestual/limbajului semnelor cu ajutorul interpretului

Lista translatorilor mimico-gestuali (Numerele de ordine 289-296 din Extras din registrul de stat al interpreților și traducătorilor autorizați actualizat la 24.05.2016)

Codul Educației al Republicii Moldova

HOTĂRÂREA DE GUVERN Nr. 944 din 14.11.2014 Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a educației pentru anii 2014-2020 „Educația-2020”

HOTĂRÂREA DE GUVERN Nr. 523 din 11.07.2011 Cu privire la aprobarea Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020

Metodologia de evaluare a dezvoltării copilului

Instrucțiunea de organizare a instruirii la domiciliu

Instrucțiunea privind procedurile specifice de evaluare a elevilor cu cerințe educaționale speciale

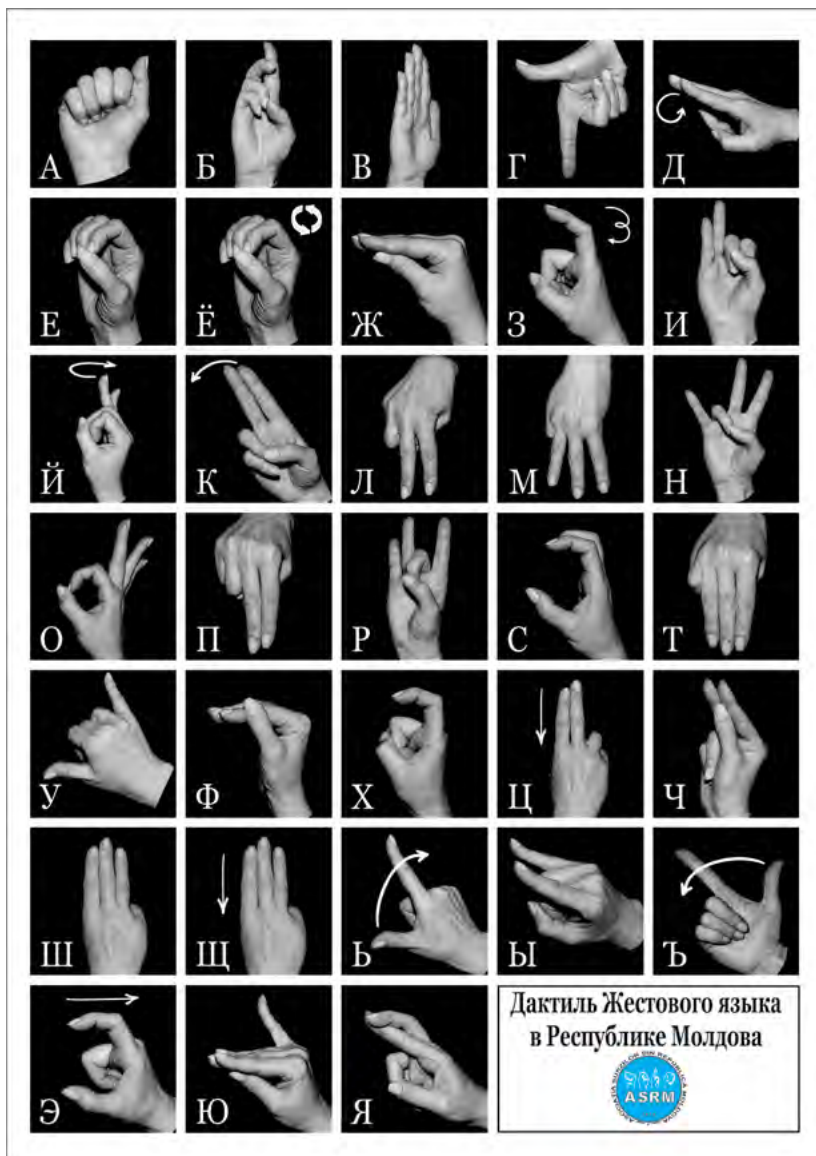
Reglementările și condițiile specifice de evaluare a elevilor cu cerințe educaționale speciale care au studiat după Planul Educațional Individualizat

Metodologie cu privire la organizarea și funcționarea Centrului de Resurse pentru Educația Incluzivă din instituția de învățământ

ANEXA 4. DACTILEMELE LIMBAJULUI SEMNELOR UTILIZATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA (RO)



ANEXA 5. DACTILEMELE LIMBAJULUI SEMNELOR UTILIZATE ÎN REPUBLICA MOLDOVA (RU)



ANEXA 6. ALFABETUL DACTIL. TEHNICI DE REALIZARE

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns, degetul mare lipit de pumn pe degetul arătător. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strins, degetul mare întins. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp, cu vârful degetului mare orientat în sus. <i>Mișcare:</i> o singură mișcare ușoară de balans de la stânga la dreapta imitând căciulița de la Ă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns, degetul mare îndoit deasupra degetului arătător. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp, cu vârful degetului mare orientat în jos. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă vertical cu cele patru degete lipite, tensionate și degetul mare ușor îndoit în palmă. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârfurile degetelor orientate în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> palma curbată cu cele patru degete lipite, degetul mare în opoziție, formând un semicerc. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârfurile celor patru degete orientate spre vârful degetului mare. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> degetul arătător întins vertical, celelalte degete fiind unite în formă de cerc. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârful degetului arătător orientat în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă vertical cu cele patru degete unite, lipite în palmă, degetul mare îndoit în palmă. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârfurile celor patru degete orientate în jos, vârful degetului mare orientat spre exterior-față. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă vertical cu degetele mijlociu, inelar și mic întinse, ușorrăsfire și degetul mare perpendicular pe arătător, care este îndoit orizontal. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârfurile degetelor mare, mijlociu, inelar și mic orientate în sus și vârful degetului arătător orientat lateral-interior. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul închis, cu degetele mare și arătător întinse, lipite, tensionate. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp, cu vârfurile degetelor mare și arătător spre lateral-interior. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns în poziție orizontală, cu degetele arătător și mijlociu întinse, tensionate. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp cu vârful degetului mic în jos. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns cu degetul mic întins, tensionat. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârful degetului mic în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns în poziție verticală cu degetul mic întins, tensionat. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior cu vârful degetului mic în sus. <i>Mișcarea mâinii:</i> o singură mișcare scurtă, pe verticală, imitând forma căciuliței de la î. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns în poziție diagonală cu degetul mic întins, tensionat. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior, cu vârful degetului mic orientat pe diagonală în jos. <i>Mișcarea mâinii:</i> o singură mișcare scurtă, în jos, sub formă de cârlig. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns în poziție verticală, cu degetele arătător și mijlociu întinse oblic, depărtate și degetul mare lipit de cel mijlociu. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre lateral-interior, cu vârfurile degetelor arătător și mijlociu orientate oblic în sus și degetul mare orientat în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

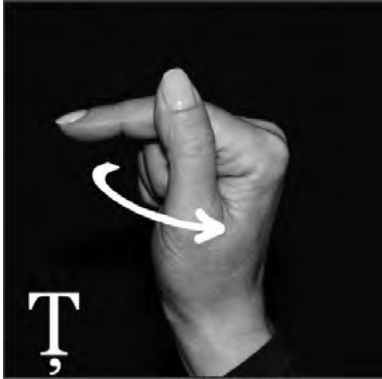
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns în poziție verticală cu degetele mare și arătător întinse, tensionate, în unghi drept. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față, cu vârful degetului mijlociu orientat în sus și vârful degetului mare orientat lateral-interior. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă vertical, cu degetele arătător, mijlociu și inelar întinse, lipite. Degetele mare și mic poziționate în spatele acestora. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp cu vârful degetelor arătător, mijlociu și inelar orientate în jos. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă vertical, cu degetele arătător și mijlociu întinse, lipite. Degetele mare, inelar și mic poziționate în spatele acestora. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp, cu vârfurile degetelor arătător și mijlociu în jos. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> palma curbată cu cele patru degete lipite, unite cu degetul mare în formă de cerc. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior cu vârfurile celor patru degete orientate în jos și vârful degetului mare în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns, cu degetul arătător întins, degetul mijlociu și cel mare lipite, tensionate. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre corp cu vârful degetului arătător lateral. Degetul mare și mijlociu lipite, orientate tot lateral-interior. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> degetul arătător și mare întinse vertical, celelalte degete fiind curbate, lipite și formând un cerc cu mijlocul degetului mare. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată lateral-interior cu vârful degetelor arătător și mare orientate în jos. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns vertical cu degetele arătător și mijlociu întinse, încrucișate. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârfurile degetelor arătător și mijlociu orientate în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns, cu degetul mare peste celelalte degete. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârfurile celor patru degete strânse în pumn. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns, cu degetul mare peste celelalte degete. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârfurile celor patru degete strânse în pumn. <i>Mișcare:</i> mișcare scurtă cu rotire a pumnului spre dreapta, din poziția orientată în semicerc. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns, degetul arătător întins, formând o cruce cu degetul mare poziționat peste arătător. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre lateral-interior, degetul arătător orientat orizontal, degetul mare orientat vertical. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumn strâns, degetul arătător întins, formând o cruce cu degetul mare poziționat peste arătător. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> vârful degetului arătător orientat lateral-interior, degetul mare orientat vertical-interior. <i>Mișcare:</i> mișcare scurtă de rotire spre dreapta, făcând un semicerc. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă cu degetele arătător și mijlociu întinse, lipite, celelalte degete fiind strânse în palmă. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârfurile degetelor arătător și mijlociu orientate în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă cu degetele arătător și mijlociu întinse, distanțate, celelalte degete fiind strânse în palmă. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> spre exterior-față, cu vârfurile degetelor arătător și mijlociu orientate în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> palma întinsă cu degetele arătător, mijlociu și inelar întinse, tensionate, distanțate, celelalte degete fiind strânse în palmă. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârfurile degetelor arătător, mijlociu și inelar orientate în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.

	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns cu degetul mare cuprins între celelalte degete și cu arătătorul curbat (cârlig). <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârful arătătorului orientat tot spre exterior-față. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.
	<i>Configurația mâinii:</i> pumnul strâns cu degetele mic și mare întinse. <i>Localizarea mâinii:</i> în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată. <i>Orientarea palmei:</i> orientată spre exterior-față cu vârful degetelor mic și mare orientate oblic în sus. <i>Mișcare:</i> mâna rămâne fixă. <i>Expresia facială:</i> neutră.



Configurația mâinii: pumnul strâns cu degetul arătător ușor curbat.

Localizarea mâinii: în zona superioară a trunchiului, spre umăr; poziție normală, relaxată.

Orientarea palmei: orientată spre exterior-față cu vârful arătătorului orientat tot spre exterior-față.

Mișcare: mișcări scurte cu degetul arătător imitând forma literei Z.

Expresia facială: neutră.

ANEXA 7. FACEM CUNOȘȚINȚĂ



Frate



Soră



Familie



Mireasă



Matur



Copil

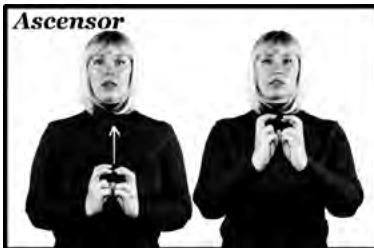






ANEXA 11. MIJLOACE DE TRANSPORT





ANEXA 13. VESTIMENTAȚIE





ANEXA 15. PRODUSE ALIMENTARE

Orez



Carne



Unt



Ouă



Smântână



Salată



ANEXA 16. ZILELE SĂPTĂMÂNII



ANEXA 17. PERSONALITĂȚI MARCANTE CU DEFICIENȚE DE AUZ

A

Adams Ryan, artist american

Aiello Pinky, artistă călătoare, specializată în jonglerie și monociclism, primul jongler surd profesionist

Allred Lance, jucător american de baschet, prima persoană surdă care a jucat în NBA

Amontons Guillaume, inventator și fizician francez

Arapoglou Dimitra, membru al Parlamentului grec

B

Baird Mandrina, pictoriță americană și interpretă, unul dintre membrii fondatori ai mișcării de artă a surzilor De'Via

Bastin Cliff, fotbalist englez

Bell Mabel Hubbard, soția inventatorului telefonului Alexander Graham Bell

Berthier Ferdinand, intelectual francez, a publicat mai multe articole, prima persoană surdă care a primit Legiunea Franceză de Onoare, fondator al primei organizații a surzilor din lume

Berdy Sean, actor și comic

Berry Halle, actriță americană, a dobândit pierderea unilaterală a auzului

Beethoven Ludwig van, compozitor german

Bove Linda, actriță, cunoscută mai ales pentru rolul ei Linda Bibliotecarului în programul de televiziune pentru copii Sesame Street

Boyce William, compozitor britanic

Brace Julia, americană surdă-oarbă, studentă la Școala Hartford pentru surzi

Bragg Bernard, interpret, scriitor, regizor, poet și artist

Bray Dianne, actriță, a jucat rolul principal în Sue Thomas: F. B. Eye

Brewster Jr. John, artist american ambulant din Perioada Federalistă

Bridgman Laura, prima studentă americană surdă-oarbă a Dr. Samuel Howe la Școala Perkins pentru nevăzători

Brown Foxy, rap artist american

Bruce Trix, povestitoare în limbajul mimico-gestual, poetesă, actiță și realizatoare de spectacole ale unui singur actor

Buñuel Luis, cineast suprarrealist și poet spaniol

C

Carrell Rudi, cântăreață olandeză

Carpi Oreste, pictor italian

Cartagena, Teresa de, autor mistic din sec. XV, care a devenit surdă pe parcursul vieții, primul autor mistic în limba spaniolă

Chaney Lon, actor, regizor și scenarist de film

Chorost Michael, scriitor

Anexe

Clerc Laurent, student și profesor la Școala Surzilor din Paris din Abbé de l'Epee; l-a însoțit pe Thomas Gallaudet în America pentru a preda copiilor surzi. Co-fondator al primei școli a surzilor în America de Nord, în Hartford, Connecticut

Clinton Bill, fostul președinte al Statelor Unite ale Americii

Cogswell Alice, primul elev surd la Școala americană pentru surzi

College Gallaudet, misionar creștin în Africa

Conley Willy, dramaturg, actor, fotograf

D

Davila Robert R., al 9-lea președinte al Universității Gallaudet

Desloges Pierre, scriitor francez surd și legător de cărți, cunoscut ca prima persoană surdă care a publicat o carte

Deutsch Izrael Zachariah, evreu, a scris un memoriu despre supraviețuitorii Holocaustului

DiMarco Nyle, model și câștigătoare a concursului America's Next Top Model 2015

Du Bellay Joachim, poet și autor francez

E

Ederle Gertrude, înotător competitiv american, prima femeie care a înotat Canalul Mânecii

Edison Thomas, inventator american

Elfman Danny, compozitor și fost membru al Oingo Boingo

Engineer Aryana, actriță

F

Fabray Nanette, actriță americană, dansatoare și cântăreață

Fauré Gabriel, compozitor francez

Ferrigno Lou, actor și culturist american

Fiolek Ashley, de 4 ori campioană la Motocross pentru femei

Forbes Sean, muzician american, compozitor și rapper

Forsberg TL, cântăreață americană de roc de avangardă

Foster Andrew, educator, prima persoană surdă de culoare, absolvent al William Elsworth "Dummy" Hoy, jucător american de baseball

Frelich Phyllis, câștigător al premiului Tony Award pentru rolul ei în piesa "Copiii unui Dumnezeu mai mic"

G

Geikie Walter, pictor scoțian

Gordon Claudia L., avocat

Goya Francisco, pictor spaniol

Glennie Evelyn, percuționist scoțian

H

Hamasaki Ayumi, cântăreață japoneză și compozitoare

Hamill Matt, MMA luptător

Anexe

Harvard Russell, actor

Harvey Mandy, cântăreț american de jazz

Heaviside Oliver, inginer britanic, matematician și fizician

Hiltermann Bob, bateristul al Beethoven's Nightmare, trupă formată din surzi

Hoffman Billy, cântăreață americană de muzică country

Horsley Georgia, câștigătoare a Miss England 2007 și concurentă la Miss World 2007

Hunter Holly, actriță americană, complet surdă de urechea dreaptă

Hurwitz T. Alan, al zecelea președinte al Universității Gallaudet și fostul vicepreședinte al Institutului Național Tehnic pentru Surzi

J

Jacobson Casar, prima câștigătoare norvegiană-canadiană a concursului Miss Canada (2013)

Jordan I. King, primul președinte surd (al optulea în total) al Universității Gallaudet

K

Keller Helen, scriitoare americană surdă-oarbă, lector și actriță

Kilby Alan, luptător profesionist în Marea Britanie

Kyte Jim, prima (și până în prezent, unica) persoană surdă jucătoare în Liga Națională de hochei

Kyo, cântăreață a trupei Dir En Grey

L

Lane Ryan, actor și model

Lawson Henry, scriitor și poet australian

Leavitt Henrietta, astronom american

Leclerc Katie, actriță americană, cunoscută mai ales pentru rolul principal în Switched at Birth

Limbaugh Rush, moderator la Radioul Conservativ American

Long Louis, luptător profesionist american, fondator al Alianței Luptătorilor Surzi

Low Juliette Gordon, fondatoarea Fetelor Scout ale SUA

Lowe Rob, actor american

M

Machado Fernanda, artistă braziliană, actriță și poetesă

MacGrath Harold, autor american

Martin George, lider de trupă și producător englez

Mathers Mojo, politician în Noua Zeelandă

Matlin Marlee, unica persoană surdă deținătoare a premiului Oscar (cea mai bună actriță), pentru rolul ei în „Copiii unui Dumnezeu mai mic”

McDuff Caleb, pilot de curse

McMahon Sir William, politician australian și prim-ministru

Anexe

Miles Dorothy, poet și activist

Miller Betty G., artist american

N

Newman Lawrence R., educator și activist, președinte pentru două termene al Asociației Naționale a Surzilor

Ndurumo Michael, educator din Kenya, a treia persoană surdă din Africa care a obținut titlul de doctor în științe

Nielsen Leslie William, actor nord-american

O

O'Kelly Roger Demostene, avocat de culoare, Yale alumnus

Ollerenshaw Kathleen, matematician britanic și om politic

P

Phillips Andrew, avocat

Philip Jean Marie, profesor și avocat internațional pentru drepturile limbajului semnelor

Q

Quinlan Will J., artist american, gravor, pictor

R

Raškaj Slava, pictor croat

Ray Johnnie, cântăreț american

Redmond Granville, pictor american

Reynolds Ryan Rodney, actor canadian

Ronsard, Pierre, poet francez

S

Sacchetti Terrylene, actriță

Savage Adam, educator american de științe

Seago Howie, actor și regizor

Signmark, artist finlandez

Smetana Bedřich, compozitor ceh

Smith Christy, primul concurent surd la reality-show de televiziune Supraviețuitorul, co-fondator al Organizației „Descoperind Lumea Surzilor”

Stern Louise, scriitor și artist

Stern Shoshannah, actriță în Jericho și Weeds

Stratij Angela, actriță și comediantă, site-ul ei DeafUtopia. com oferă ateliere de lucru privind limbajul semnelor american și cultura surzilor, precum și spectacole de comedie solo

Supalla Ted, cercetător și profesor

T

Taber R. N., poet englez

Takamura Mariko, muzician japonez

Tilden Douglas, sculptor american

Anexe

Thomas Sue, prima persoană investigator sub acoperire în cititul pe buze al suspectilor Biroului Federal de Investigații

Tsiolkovsky Konstantin, om de știință rus și pionier al studiilor de explorare spațială

Townshend Pete, chitarist de vază britanic și compozitor

U

Ulrich Lars, baterist danez

V

Valli Clayton, lingvist și poet

Veditz George, fost președinte al Asociației Naționale a Surzilor și unul dintre primii oameni care a filmat limbajul mimico-gestual

W

Whitestone McCallum Heather, fostă regină a frumuseții, prima persoană surdă titular Miss America, după ce a pierdut cea mai mare parte a auzului la vârsta de 18 luni

Wilson Brian, muzician și compozitor american

Wright David, poet britanic născut în Africa de Sud

Wright Judith, poet australian

Z

Zupan Miha, jucător sloven de baschet, prima persoană surdă care a jucat în Euroliga

**ANEXA 18. BIBLIA DESPRE PERSOANELE
CU DIZABILITĂȚI DE AUZ**

Domnul i-a zis: „Cine a făcut gura omului? Și cine face pe om mut sau surd, cu vedere sau orb? Oare nu Eu, Domnul? (*Exodul 4:11*)

Moise a răspuns în fața Domnului: „Iată că nici copiii lui Israel nu m-au ascultat: cum are să m-asculte faraon pe mine care n-am o vorbire ușoară?” (*Exodul 6:12*)

Domnul a zis lui Moise: „Eu sunt Domnul. Spune lui faraon, împăratul Egiptului, tot ce-ți spun.”

Și Moise a răspuns înaintea Domnului: „Iată că eu nu vorbesc ușor: cum are să m-asculte faraon?” (*Exodul 6:29-30*)

Să nu vorbești de rău pe un surd și să nu pui înaintea unui orb nimic care să-l poată face să cadă; ci să te temi de Dumnezeuul tău. Eu sunt Domnul. (*Leviticul 19:14*)

Iar eu sunt ca un surd, n-aud; sunt ca un mut care nu deschide gura.

Sunt ca un om care n-aude și în gura căruia nu este nici un răspuns.

Doamne, în Tine nădăjduiesc; Tu vei răspunde, Doamne, Dumnezeule! (*Psalzii 38:13-15*)

Am stat mut, în tăcere; am tăcut, măcar că eram nenorocit; și totuși durerea mea nu era mai puțin mare. (*Psalzii 39:2*)

Stau mut, nu deschid gura, căci Tu lucrezi. (*Psalzii 39:9*)

Deschide-ți gura pentru cel mut, pentru pricina tuturor celor părăsiți! (*Pildele lui Solomon 31:8*)

Îți voi lipi limba de cerul gurii, ca să rămâi mut și să nu-i poți

Anexe

muștra, căci sunt o casă de îndărătnici! (*Eclesiastul 3:26*)

În ziua aceea, ți se va deschide gura odată cu a fugarului, vei vorbi și nu vei mai fi mut. Vei fi un semn pentru ei, și vor ști că Eu sunt Domnul." (*Eclesiastul 24:27*)

Dar mâna Domnului venise peste mine seara, înainte de venirea fugarului la mine, și Domnul îmi deschisese gura până a venit el la mine dimineața. Gura îmi era deschisă, și nu mai eram mut. (*Eclesiastul 33:22*)

În ziua aceea, surzii vor auzi cuvintele cărții, și ochii orbilor, izbăviți de negură și întuneric, vor vedea. (*Isaia 29:18*)

Cine este orb, dacă nu robul Meu, și surd ca solul Meu pe care îl trimit? Cine este orb ca prietenul lui Dumnezeu, și orb ca robul Domnului? (*Isaia 42:19*)

Pe când plecau orbii aceștia, iată că au adus la Isus un mut îndrăcit. (*Matei 9:32*)

Atunci l-au adus un îndrăcit orb și mut; și Isus l-a tămăduit, așa că mutul vorbea și vedea. (*Matei 12:22*)

L-au adus un surd care vorbea cu anevioie și l-au rugat să-și pună mâinile peste el. (*Marcu 7:32*)

Și un om din norod l-a răspuns: „Învățătorule, am adus la Tine pe fiul meu care este stăpânit de un duh mut. (*Marcu 9:17*)

Când a văzut Isus că norodul vine în fugă mare spre El, a muștrat duhul necurat și i-a zis: „Duh mut și surd, îți poruncesc să ieși afară din copilul acesta și să nu mai intri în el.” (*Marcu 9:25*)

Iată că vei fi mut și nu vei putea vorbi, până în ziua când se vor întâmpla aceste lucruri, pentru că n-ai crezut cuvintele mele care se vor împlini la vremea lor.” (*Luca 1:20*)

Când a ieșit afară, nu putea să le vorbească; și au înțeles că avusese o vedenie în Templu. El le făcea semn întruna și a rămas mut. (*Luca 1:22*)

Isus a scos dintr-un bolnav un drac care era mut. După ce a ieșit dracul, mutul a grăit și noroadele s-au mirat. (*Luca 11:14*)

El mi-a zis: „Frate Saule, capătă-ți din nou vederea!” Chiar în clipa aceea, mi-am căpătat vederea și m-am uitat la el.

El mi-a zis: „Dumnezeul părinților noștri te-a ales să cunoști voia Lui, să vezi pe Cel Neprihănit și să auzi cuvinte din gura Lui;

Căci Îi vei fi martor, față de toți oamenii, pentru lucrurile pe care le-ai văzut și auzit.”(*Faptele Apostolilor 22:13-15*)

Domnul sprijină pe toți cei ce cad și îndreaptă pe cei încovoiați.

Ochii tuturor nădăjduiesc în Tine, și Tu le dai hrană la vreme.

Îți deschizi mâna și sature după dorință tot ce are viață.

Domnul este drept în toate căile Lui și milostiv în toate faptele Lui.

Domnul este lângă toți cei ce-L cheamă, lângă cei ce-L cheamă cu toată inima.

El împlinește dorințele celor ce se tem de El, le aude strigătul și-i scapă. (*Psalmii 145:14-19*)

ANEXA 19. ADRESE UTILE

Nr.	Instituția	Adresa	Telefon	Persoana de contact
1	Asociația Copiilor Surzi din Moldova	Chișinău Str. Soroceanu 40, bloc A	022-28 17 01	Veronica Căpățici
2	Asociația Surzilor din Moldova	Chișinău str. Vasile Alecsandri, 1	022-72 99 25	Ruslan Lopatiuc
6	Centrul de Recuperare medicala Neokinetica	Chișinău, Mircea cel Bătrîn 33/3	022-103-103	Adriana Agapii
9	Grădinița 167 pentru copii surzi și cu deficiențe multiple	Chișinău, str. Ipolit Soroceanu, 42	022-79-01-76	Larisa Melenteanu
10	Centrul Republican de Audiologie, protezare auditivă și reabilitare medico-pedagogică	Chișinău, Str. V. Alecsandri, 2	022-72 98 54	Angela Chiaburu
11	Ministerul Educației	Chișinău, Piața Marii Adunări Naționale, 1	022- 2322 07	Viorica Marț
12	Ministerul Sănătății	Chișinău, Str. V.Alecsandri 2	022-268826	Lilia Oleinic
13	Centrul Republican de Asistență Psiho-Pedagogică	Chișinău, Str. Ștefan cel Mare 169	022-593770 fax: 59-52-77	Virginia Rusnac

14	Sirexton	Chișinău, str. 31 august 1989, of.59 Mun.Bălți, str. Decebal 101 A	022-208309 0-231-923-46	Serghei Cosminin
15	Spectru Acustic	Chișinău, str. Teatrală 2/1 of.9	022-994960	Tamara Contubinin
16	AcustMed	Chisinau, str. Columna 49	022-927775	Ludmila Chirtoaca
17	MedTeh	Chișinău Bul.Dacia 36 A	022-929262	Serghei Cosminin
18	Centrul Consultativ- Diagnostic "Centru"	Chișinău, Str. 31 august 1989, 63 Cab.709	022-274398 022-223187 022-545838	Ioana Bortnic
19	Spitalul Clinic Municipal "Bălți"	Mun.Balti Str.Decebal 101	0-231-53633 0-231-72703	Ludmila Cobîlean- scaia
20	Spitalul Clinic Republican	Chișinău, Str. Testemițanu 29	022-728585, 022-403600	Tamara Contubinin
	Audionova (aparate auditive, audiograme)	Moldova, MD-2009, Chisinau, str. A. Puskin, 3	022-244244 Факс: 022-244244	
21	Medparc	Chișinău, str. Andrei Doga, 24	022-400040	Sergiu Parii

ANEXA 20. INSTITUȚIILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT PENTRU COPII CU DEFICIENȚE DE AUZ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Nr.	Adresa	Telefon
	MD-2060, mun. Chișinău, str. Cuza Vodă, nr.34/2. Școala specială nr. 12 pentru copii hipoacuzici și cu surditate tardivă / Специальная школа для слабослышащих и глухих детей № 12	(022) 66-18-81 (tel/fax) (022) 66-19-91
	MD-2244, raionul Călărași, com. Hîrbovăț Școala-internat specială pentru copii hipoacuzici din s. Hîrbovăț / Специальная школа – интернат для слабослышащих детей	(0244) 37-241 (tel/fax) (0244) 37-248 (contabil) (0244) 37-245 (p/med)
	MD-3900, or. Cahul, str. A. Mateevici, nr. 103. Școala specială-internat pentru copii cu deficiențe de auz / Спецшкола – интернат для детей с недостатками слуха	(0299) 3-49-95 (tel/fax) 3-51-79 3-47-04 (contabil)
	MD-3200, г.Бендеры, ул.12 Октября 81-«В». ГОУ «Бендерская специальная (коррекционная) общеобразовательная школа – интернат для слабослышащих и позднооглохших детей»	1600373 552 5-94-15 (тел/факс) 5-99-49 (приемная) 5-41-92 (бухгалтерия)
	MD-3300 г. Тирасполь, ул. Зелинского, 5 ГОУ «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа – интернат для неслышащих детей»	1600373 533 9-41-08 (тел/факс) 9-95-14 (бухгалтерия)
	MD-2005, mun. Chișinău, str. Fântalului, nr. 8 Școala de meserii pentru copii surzi și hipoacuzici	(022) 24-17-09 (022) 22-68-94 (бухр.)
	MD-2025, mun. Chișinău, str. Soroceanu, nr. 42. Creșa-gradiniță nr. 167 pentru copii cu deficiențe auditive și asociate/ Ясли-сад №167 для глухих и слабослышащих детей и со множественными нарушениями	(022) 79-01-76

ANEXA 21. LOGOURI REFERITOARE LA PERSOANELE CU DIZABILITĂȚI DE AUZ



Asociația Surzilor din Republica
Moldova



Simbolul internațional
pentru surzenie sau auz
deficitar



Simbolul translatorilor de limbaj mimico-gestual

„Conducător surdomut” – cerc (diametrul 160 mm) de culoare galbenă, cu conturul de culoare roșie (lățimea conturului 5 mm), în care sunt înscrise 3 cerceulețe de culoare neagră (diameterul 40 mm) dispuse în unghiurile unui triunghi echilateral imaginar, al cărui vârf este îndreptat în jos – se instalează în fața și în spatele autovehiculelor ai căror conducători sunt surzi sau surdomuți (Hotărârea Nr. 357 din 13.05.2009 cu privire la aprobarea Regulamentului circulației rutiere)





Federația Sportivă
a Surzilor din Moldova



Casa Republicană de Cultură a
Surzilor din Moldova



Federația Mondială
a Surzilor



Comitetul Internațional
Sportiv al Surzilor

DEAFLYMPICS



Comitetul
Internațional
de Șah al Surziilor



Organizația Europeană
Sportivă a Surzilor

ANEXA 22. ASRM în imagini









Pentru notițe