

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„CAROL DAVILA”, BUCUREŞTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
O.R.L**

***TEHNICI COMPLEMENTARE DE REABILITARE
AUDITIV-VERBALĂ COMUNICAȚIONALĂ
POST-IMPLANT COHLEAR***

**CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:
Prof. Univ. Dr. ROMEO CĂLĂRAŞU**

**STUDENT-DOCTORAND:
LUCIA MAGDALENA CERNEA**

**Bucureşti
2018**

Mulțumiri

O teză de doctorat este asemenea unei piese de teatru: are un regizor cu viziune de ansamblu, are un scenariu, o întreagă echipă de actori, scenariști, producători, costumieri, sunetisti, cu roluri extrem de diverse și nu în ultimul rând un public critic la care mesajul piesei trebuie să ajungă nealterat. Fie că rolurile sunt principale sau secundare, ele sunt la fel de importante pentru punerea în scenă a spectacolului. Chiar și sufleorul are un rol cheie în dinamica generală.

În să le mulțumesc tuturor celor care m-au sprijinit în realizarea acestei teze, tuturor „actorilor” implicați în regizarea și punerea în scenă a „spectacolului” final. Le sunt recunoascătoare pentru faptul că m-au înțeles și mi-au oferit tot sprijinul moral și material, că mi-au creat spațiul necesar elaborării tezei și că au fost o permanentă sursă de inspirație pentru mine: coordonatorul tezei, Domnul Profesor Dr. Romeo Călărașu, Doamna Conferențiar Dr. Mădălina Georgescu, Domnul Profesor Dr. Viorel Zainea și Doamna Ing. Irma Csiki, cei care m-au îndemnat, susținut și încurajat să realizez această cercetare, părinții și fratele meu, bunicii mei care veghează cu blândețe de sus, toți profesorii și mentorii români și străini pe care-i consider părinții mei spirituali care au adăugat cărămidă cu cărămidă devenirii mele, voluntarii dedicați, prietena mea neprețuită Vio, Fam. Savin, toți prietenii, colegii și rudele apropiate, echipele Asociației Audiosofia, Asociației „Ascultă viața”, Asociației „Corabia prieteniei”, Asociației de Terapie prin joc și Dramaterapie din România, I.F.A.C.F. – O.R.L Prof. Dr. Dorin Hociotă, Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, Otomed Medical Center, Audiologos, Fundației Pentru Comunitate și MOL România și nu în ultimul rând copiii purtători de implant cochlear împreună cu familiile lor.

Și pentru că aminteam de sufleor, consider că am avut privilegiul să am unul extrem de prețios și de apropiat sufletului meu ... Doamna Dr. Violeta Stan, cea care m-a ghidat la fiecare pas, cu multă prietenie, atașament, răbdare, tact, viziune și profesionalism.

Mă înclin în fața tuturor cu mult respect și recunoștință și invit pe scenă întreaga echipă pentru aplauzele finale. Cortina va cădea în curând, măștile vor fi aruncate, în așteptarea a ceea ce va urma...

CUPRINS

Mulțumiri	2
Lucrări științifice publicate	6
Abrevieri.....	9
Introducere.....	10
I. PARTEA GENERALĂ	17
1 IMPLANTUL COHLEAR	17
1.1 IMPLANTUL COHLEAR	17
1.1.1 <i>Implantul cochlear în lume.....</i>	19
1.1.2 <i>Implantul cochlear în România</i>	20
1.2 NEUROPLASTICITATEA CEREBRALĂ	23
1.3 DEPRIVAREA AUDITIVĂ.....	25
1.4 LIMBAJUL ȘI COMUNICAREA	27
1.4.1 <i>Aspecte particulare ale limbajului copilului hipoacuzic</i>	30
1.5 STUDII PRIVIND DIFICULTĂȚILE EMOTIONALE, COMUNICAȚIONALE ȘI DE LIMBAJ ALE COPIILOR HIPOACUZICI PURTĂTORI DE IMPLANT COHLEAR	37
2 REABILITAREA AUDITIV-VERBALĂ POST-IMPLANT COHLEAR	45
2.1 ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A COPILULUI CU IMPLANT COHLEAR ȘI A FAMILIEI SALE	45
2.2 ROLUL FAMILIEI ÎN REABILITAREA AUDITIV-VERBALĂ A COPILULUI CU IMPLANT COHLEAR	48
2.3 REABILITAREA AUDITIV-VERBALĂ.....	50
2.3.1 <i>Tehnici clasice de reabilitare auditiv-verbală. Terapia auditiv-verbală</i>	51
2.3.2 <i>Tehnici terapeutice complementare de reabilitare auditiv-verbală.....</i>	55
2.3.2.1 Terapia prin joc	56
2.3.2.2 Dramaterapia.....	60
3 TEORII ȘI CONCEPTE	63
3.1 TEORIA ATAŞAMENTULUI	63
3.1.1 <i>Caracteristicile copilului hipoacuzic și implicațiile hipoacuziei în relația de atașament</i>	66
3.1.2 <i>Reziliența copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear.....</i>	69
3.2 TEORIA DEZVOLTĂRII PSIHO-SOCIALE	71
3.3 JOCUL NEURODRAMATIC	73
3.4 CONCEPTUL DE NORMALIZARE ȘI ETICA ABORDĂRII PERSOANELOR HIPOACUZICE PURTĂTOARE DE IMPLANT COHLEAR	76
3.5 MODELUL BIO-PSIHO-SOCIAL	78

II. PARTEA SPECIALĂ	81
4 PROIECTUL CERCETĂRII.....	81
4.1 CERCETAREA EXPERIMENTALĂ	82
4.1.1 <i>Designul cercetării</i>	82
4.1.2 <i>Etapele derulării activităților proiectului de cercetare</i>	85
4.1.3 <i>Metode și tehnici de intervenție</i>	89
4.1.3.1 Terapia prin joc	90
4.1.3.2 Dramaterapie.....	98
5 CERCETAREA CALITATIVĂ INTERACTIVĂ	134
5.1 ÎNTREBĂRILE CERCETĂRII	135
5.2 SCOPURILE CERCETĂRII	136
5.3 REȚEA CONCEPTUALĂ	139
5.4 METODE DE EVALUARE.....	141
5.5 VALIDITATEA.....	143
6 CERCETAREA CANTITATIVĂ	145
6.1 ÎNTREBĂRILE CERCETĂRII	145
6.2 OBIECTIVELE CERCETĂRII	145
6.3 IPOTEZELE CERCETĂRII	146
6.4 METODE DE CERCETARE	146
6.5 CONTRIBUȚII PRIVIND STUDIUL INFLUENȚEI TEHNICILOR TERAPEUTICE CREATIVE ÎN CEEA CE PRIVEȘTE COMUNICAREA COPIILOR HIPOACUZICI PURTĂTORI DE IMPLANT COHLEAR ÎN PROCESUL DE REABILITARE AUDITIV-VERBALĂ.....	152
6.5.1 <i>Analiza lotului aflat în studiu.....</i>	152
6.5.2 <i>Studiu privind influența terapiei prin joc asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hiopoacuzici purtători de implant cohlear</i>	161
6.5.3 <i>Studiu privind influența dramaterapiei asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hiopoacuzici purtători de implant cohlear</i>	167
6.5.4 <i>Studiu privind comportamentul și starea emoțională a copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear în urma parcurgerii procesului dramaterapeutic.....</i>	177
6.6 DISCUȚII.....	195
6.6.1 <i>Discuții privind particularitățile grupului țintă.....</i>	195
6.6.2 <i>Discuții privind cadrul și metodologia intervenției</i>	196
6.6.3 <i>Discuții privind rolul cercetătorului și etica intervenției</i>	197
6.6.4 <i>Discuții privind rezultatele cercetării.....</i>	199
6.6.5 <i>Direcții de urmat și noi perspective de cercetare</i>	200

7	CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE	202
7.1	CONCLUZIILE CERCETARII CANTITATIVE.....	202
7.2	CONCLUZIILE CERCETARII CALITATIVE	204
7.3	CONTRIBUȚII PERSONALE.....	206
	BIBLIOGRAFIE	209
	ANEXE	224

Lucrări științifice publicate

Articole științifice publicate în reviste de specialitate

1. **Cernea, M.** (2014). *Jocul rupe masca tăcerii* - Revista ORL.RO, Nr. 22 1/2014, indexată BDI, index Copernicus 35,91, (VERSA PULS MEDIA) <https://www.medichub.ro/>
2. **Cernea, M.** (2014). *În căutarea fericirii* - Revista ORL.RO, Nr. 24 3/2014, indexată BDI, index Copernicus 35,91, (VERSA PULS MEDIA) <https://www.medichub.ro/>
3. **Cernea, M.** (2015). *Joc și culoare cu măștile călătoare* - Revista ORL.RO, Nr. 29 4/2015, indexată BDI, index Copernicus 38,28 (VERSA PULS MEDIA) <https://www.medichub.ro/>
4. **Cernea, M.** (2016). *Play- and dramatherapy – complementary techniques for rehabilitation of children with cochlear implant* - Revista ORL.RO, Nr.33 4/2016, indexată BDI, index Copernicus 60,45, (VERSA PULS MEDIA) <https://www.medichub.ro/>
5. **Cernea, M.**, Georgescu, M., Neagu, A., Stan, V. (2017). *Măști cu ecou – un proiect terapeutic pentru copiii hipoacuzici din România*, Revista ORL.RO, 11/2017, indexată BDI, (VERSA PULS MEDIA) <https://www.medichub.ro/>

Capitol de carte

1. Jennings, S., Holmwood, C., - *Routledge International Handbook of Dramatherapy* – Ţerb, I., **Cernea, M.**, chapter *A bridge over troubled waters: "Play can break the mask of silence"*, Routledge Taylor & Francis Group London and New York 2016 (anexa 6)

Lucrări și postere prezentate

1. **Cernea, M.** *The special child at the border between two worlds* - A IV-a Conferință Europeană de Dramaterapie, Nürtingen, Germania, aprilie 2018
2. **Cernea, M.** *Comunicare după deprivare*, Simpozion „Vocea ta contează”, București, aprilie 2018

3. **Cernea, M.**, Neagu, A. *Prezentarea experiențelor personale din domeniul proiectelor* – Conferința națională cu participare internațională a asociațiilor care sprijină persoanele cu deficiențe de auz Ediția I, Vulcan, ianuarie 2018
4. **Cernea, M.**, Georgescu, M., Neagu, A., Modan, A., Stan, V. - Poster - *The role of creative therapies in rehabilitation of children with cochlear implant* - Al 14-lea Congres Balcanic de Implant Cochlear – Iași, 2017
5. **Cernea, M.**, Spectacol dramaterapeutic *Zarul vieții* – Congresul național de O.R.L., Băile Felix, 2016
6. **Cernea, M.**, Georgescu, M., *Terapii creative in abordarea copiilor cu implant cochlear* – al II-lea Congres National O.R.L Pediatrie, Iași 2016
7. **Cernea, M.**, Georgescu, M., Neagu, A., Stan, V. - Poster - *Play and drama therapy for children with cochlear implant in Romania* – 14th International Conference of Cochlear implants – Toronto, 2016
8. **Cernea, M.**, Spectacol dramaterapeutic *Zarul vieții* – A II-a Conferință Europeană de Dramaterapie, București, 2016
9. **Cernea, M.**, *Play and dramatherapy in children with cochlear implants – Romanian national project* - Al 13-lea Congres Balcanic de implant cohlear – Belgrad, 2015
10. **Cernea, M.**, *Terapia prin joc și dramaterapia - modele terapeutice pentru copiii cu implant cohlear* – Conferința Națională O.R.L - Craiova, 2015
11. **Cernea, M.**, *Joc și culoare cu măștile călătoare – proiect terapeutic pentru copii hipoacuzici* – forum O.R.L.ro – Iași, 2015
12. **Cernea, M.**, Șerb, I. *Poduri peste ape tulburi – "Jocul rupe masca tăcerii"* – I-ul Congres European de Dramaterapie – Atena, 2015
13. **Cernea, M.**, *Comunicarea copiilor hipoacuzici prin joc și teatru* - Simpozion „Vocea ta contează”, București, 2015
14. **Cernea, M.**, *Jocul rupe masca tăcerii* – Simpozionul „Progrese tehnologice în domeniul implantării cohleare”, București, 2014
15. **Cernea, M.**, *Jocul rupe masca tăcerii – proiect terapeutic destinat copiilor cu implant cohlear* – a V-a Conferință națională ORL pediatrie, Timișoara, 2014
16. **Cernea, M.**, Stan, V., *Abordarea multidisciplinară a familiei copilului cu implant cohlear* – Seminarul pentru părinți „Să-i ajutăm sa audă” – București, 2014

17. **Cernea, M.**, Neagu, A., Georgescu, M., Modan, A., Zăuleț, D., Hiriț, A. C., Ninu, A., Filip, C., Stan, V.: *Promoting the resilient process for deaf children by play and drama therapy* - Al II-lea Congres Mondial de Reziliență – Timișoara 2014

Contracte de cercetare și bursă doctorală

1. Patru proiecte câștigate patru ani consecutiv, în calitate de coordonator de proiect al „Asociației Audiosofia” și finanțate cu sprijinul „Fundației Pentru Comunitate” și Mol România în perioada 2014-2017 în cadrul programului „Pentru sănătatea copiilor” („Jocul rupe masca tăcerii”, „Joc și culoare cu măștile călătoare”, „Caruselul măștilor”, ”Măști cu ecou”). Numerele contractelor (10/06.01.2014, 3/27.01.2015, 2045/07.12.2015, 230/13.01.2017)
2. Bursă doctorală obținută în perioada octombrie-noiembrie 2015 la „Centrul de Art Terapie” din Lecco, Italia în cadrul proiectului cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013; Axa priorită nr. 1: „Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere”; Domeniul major de intervenție: 1.5 „Programe doctorale în avangarda cercetării de excelență în domenii prioritare: sănătate, materiale, produse și rese inovative”; Codul proiectului 155631, număr de identificare al contractului: POSDRU/187/1.5/5/155631.

Premii

1. Premiul pentru cel mai bun proiect finanțat de Fundația Pentru Comunitate și Mol România în anul 2016 în cadrul programului „Pentru sănătatea copiilor”. Premiul a fost oferit Proiectului „Caruselul măștilor” inițiat de Asociația Audiosofia, coordonator de proiect **Magdalena Cernea** (anexa 1).
2. Premiul acordat **Magdalenei Cernea** pentru cel mai bun punctaj în cadrul bursei doctorale din cadrul proiectului 155631, cu număr de identificare al contractului: POSDRU/187/1.5/5/155631 (2015) (anexa 2).
3. Premiul al III-lea acordat la secțiunea postere, pentru posterul cu titlul „*The role of creative therapies in rehabilitation of children with cochlear implant*”, Autori: **Cernea, M.**, Georgescu, M., Neagu, A., Modan, A., Stan, V. în cadrul celui de-al 14-lea Congres Balcanic de implant cochlear – Iași, (2017) (anexa 3).

Abbrevieri

ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment

ATL – audiograma tonală liminară

AV – audiograma vocală

CBCL - Child Behavior Checklist

CNAS – Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Col - colaboratori

dB – decibel

Dr – doctor

EACD – European Academy of Childhood Disability (Academia Europeană pentru Dizabilitățile Copilului)

Hz - hertz

IC – implant cochlear

IFACF – Institutul de Fono-Audiologie și Chirurgie Funcțională

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

ONG – Organizație nonguvernamentală

ORL - otorinolaringologie

SDT – speech detection threshold (pragul de detectare a vorbirii)

SRT – speech recognition threshold (pragul de recunoaștere a vorbirii)

TRF - Teacher's Report Form

UNICEF – Fondul Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite

YSR - Youth Self-Report

Introducere

În plină eră a informației, medicina se află în ipostaza de a răspunde cât mai multor întrebări și necunoscute privind capacitatea omului de a face față fluxului informațional și comunicațional atât de rapid și de divers. Prin intermediul tuturor simțurilor, creierul este bombardat în fiecare clipă cu stimuli auditivi, vizuali, tactili, olfactivi și kinestezici fiind pus în situația de a receptiona, procesa și emite răspunsuri adecvate într-un timp foarte scurt.

Dacă pentru ființa umană în genere este dificil să țină pasul cu avalanșa informațională, se pune întrebarea ce pârghii trebuie oferite persoanelor cu deficiențe de auz care au dificultăți majore în recepționarea adecvată a stimulilor auditivi veniți din mediul înconjurător. Alături de ramura otorinolaringologiei din medicină, mai multe științe precum audiologia, psihologia, neuroștiințele, științele comunicării, electrotehnica, informatica au încercat să ofere o paletă interdisciplinară cât mai largă de soluții inovatoare pentru a putea găsi răspunsul la această întrebare.

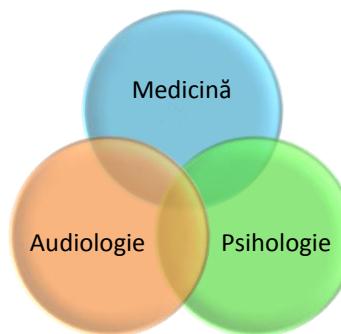
De mai bine de patru decenii, la începutul anilor 1980 soluția pentru persoanele cu hipoacuzii severe sau profunde a fost găsită: implantul cochlear. Odată cu noile cercetări și descoperiri științifice tehnologia implantului cochlear s-a îmbunătățit și s-a perfecționat de la an la an, atingând în prezent performanțe uluitoare menite să ofere persoanelor hipoacuzice un nivel de auz corespunzător limitelor normale. Se consideră astfel că primul pas către normalizare este făcut prin intermediul implantului cochlear. Studiile realizate în ultimii ani dovedesc faptul că acest pas este uriaș dar nu și suficient.

Pentru îmbunătățirea calității vieții și integrarea bio-psihosocială a persoanelor hipoacuzice este necesară parcurgerea simultană a etapelor unui întreg algoritm de acomodare și reabilitare pentru a putea obține performanțele scontate. Aspectele legate de identitatea acestor persoane, de apartenența la grup și de implicațiile în viața socială ridică probleme de etică ce trebuie studiate cu mult profesionalism și discernământ. Implicațiile psihologice și sociale pentru persoanele hipoacuzice purtătoare de implant cochlear sunt diverse și trebuie analizate în mod particular, de la caz la caz.

În România implantul cochlear a debutat în anul 2000 însă nici până în prezent nu există o bază de date centralizată la nivel național, cu privire la evidența populației purtătoare de implant cochlear. Începând cu anul 2017, Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate sprijină programul de implant cochlear cu fonduri care acoperă anual costurile a

200 de implanturi cohleare. Deși în ultimii ani s-au făcut progrese remarcabile atât în privința depistării precoce a hipoacuziei cât și a intervenției chirurgicale, coborând semnificativ vârsta pacienților candidați la implant cohlear, domeniul implantului cohlear în România este insuficient abordat în sfera cercetării. S-au realizat studii de cercetare izolate asupra aspectelor medicale, tehnice și chirurgicale ale implantului cohlear sau asupra calității vieții persoanelor purtătoare de implant cohlear, însă ele nu sunt extinse la nivel multicentric, neexistând o situație de ansamblu foarte concretă. Se impune abordarea multidisciplinară a acestui domeniu vast, în continuă dezvoltare, cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții persoanelor hipoacuzice și accesul la tratament, în scopul integrării lor sociale.

Cercetarea de față combină domenii de interes din medicină, O.R.L, audiologie, psihologie, reabilitare auditiv-verbală, iar valoarea ei decurge din emergența a în trei segmente esențiale: noutate și inovație, interdisciplinaritate și perspective de viitor.



Studiul propune o viziune holistică asupra abordării copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear, cu referire asupra aspectelor procesului reabilitării auditiv-verbale. Se consideră că este nevoie de o complementaritate inovativă a mijloacelor de reabilitare alături de cele clasice, care să stimuleze toate ariile comunicaționale de exprimare. Importanța unei astfel de cercetări se regăsește în încercarea de a aborda un domeniu complex și neomogen insuficient dezbatut la nivel național.

Resortul motivațional care a stat la baza acestei cercetări este legat de convingerea că tehniciile terapeutice creative ale terapiei prin joc și dramaterapiei, pot oferi copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear posibilitatea exprimării plenare de care au nevoie. S-a plecat de la premisa că neîndeplinirea acestei nevoi poate duce la apariția tulburărilor emoționale și de comportament de-a lungul ciclurilor vieții, cu efecte negative asupra integrării psihosociale ulterioare.

Pregătirea profesională în domeniul audiolgiei și psihologiei mi-au oferit, în calitate de membru în echipa de cercetare, o viziune holistică în ceea ce privește reabilitarea copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear. Mai mult decât atât, supraspecializarea în metodologia terapiilor creative (terapia prin joc și în dramaterapie) menite să îmbunătățească mijloacele de comunicare și de exprimare a beneficiarilor, îmi dă posibilitatea unei abordări multidisciplinare întinute a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear. Cu o experiență de aproape 20 de ani în domeniul audiolgiei (făcând parte din prima promoție de audilogi din România) și al evaluării copiilor cu implant cochlear și aproape 15 ani în cel al psihologiei, am remarcat numeroase aspecte particulare caracteristice copiilor hipoacuzici, purtători de implant cochlear și familiilor lor. Convingerile personale și profesionale m-au condus către acțiuni de militare pentru cauza acestor copii într-un cadru organizat, nu doar în spital sau în cabinetul de audiolgie și psihologie. Astfel, în calitate de vicepreședintă a mai multor asociații: „Asociația Audiolgilor din România”, „Asociația Audiosofia” și „Asociația de terapie prin joc și dramaterapie din România” am inițiat mai multe proiecte de profil, făcând parte din echipele de implementare. În scopul obiectivării mijloacelor de intervenție în ceea ce privește integrarea bio-psiho-socială a copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear este și prezența teză de cercetare.

Copiii care suferă de hipoacuzie neurosenzorială congenitală severă sau profundă sunt principalii candidați la implantul cochlear. Derpivarea auditivă încă din viața intrauterină poate avea consecințe nefaste asupra dezvoltării ulterioare a copilului hipacuzic în ceea ce privește atât aspectele emoționale cât și cele comunicaționale și de limbaj. Cu cât intervenția medicală și terapeutică sunt mai tardive cu atât există riscul menținerii unui decalaj semnificativ între vîrstă biologică, cea auditivă și dezvoltarea emoțională a copilului. Fără o intervenție precoce, procesul de reabilitare este îngreunat iar beneficiile implantului cochlear devin din ce în ce mai mici.

Când facem referire la procesul de reabilitare, îi luăm în discuție atât pe copiii purtători de implant cochlear cu hipoacuzie neurosenzorială bilaterală prelinguală, cât și pe cei la care hipoacuzia a survenit postlingual. Explicația se bazează pe faptul că prima categorie de copii, înainte de implantare, dezvoltă anumite strategii de comunicare în principal bazate pe informațiile vizuale, cu multiple implicații asupra rețelelor neuronale care se formează la nivel de scoarță cerebrală. Post-implant cochlear, ei vor trebui să-și modifice aceste strategii inițiale, bazându-se de această dată și pe informațiile auditive,

înlocuind vechile trasee printr-un amplu proces de reînvățare și de reorganizare neuronală. Cu cât aceste modificări au loc în perioadele sensibile de dezvoltare, cu atât ele au șanse mai mari de reușită. Terapia auditiv-verbală este considerată la ora actuală principalul mijloc de intervenție post-implant cohlear.

Ipoteza de la care s-a plecat a fost aceea că tehniciile terapeutice creative contribuie la îmbunătățirea comunicării copilului hipoacuzic purtător de implant cohlear în procesul său de reabilitare auditiv-verbală. Încercând să aducem argumente pertinente în susținerea răspunsului acestei ipoteze, s-a avut în vedere studierea unui grup țintă de 89 de copii hipoacuzici, purtători de implant cohlear, din diverse perspective care au depins de vârstă și de tipul tehniciilor terapeutice aplicate. Vârsta medie de implantare cohleară a lotului aflat în studiu a fost de 5,5 ani. Este o vârstă tardivă care-și pune amprenta în mod negativ asupra dezvoltării limbajului acestor copii și care atrage dificultățile în comunicarea verbală.

În funcție de vârstă copiilor și a particularităților grupului s-au aplicat două metode terapeutice creative și anume terapia prin joc (pentru copiii cu vârstă cuprinsă între 3 și 6 ani) respectiv dramaterapia (pentru copiii cu vârstă cuprinsă între 7-18 ani). De asemenea s-au analizat particularitățile legate de caracteristicile audioligice ale grupului țintă, ținându-se seama de vârstă biologică și cea auditivă a copiilor purtători de implant cohlear. Obiectivele principale pentru copiii cu vârstă cuprinsă între 3-6 ani au fost legate de studiul corporalității și a mijloacelor de proiecție în vederea asumării rolurilor diverse și a gradului de interrelaționare. Pentru cei mai mari de 6 ani s-a urmărit obiectivarea indicilor referitor la modul de relaționare, gradul de empatie în abordarea rolului, influența asupra mijloacelor de exprimare corporală, stării eutimice, deciziile legate de alegerea rolului, gradul de atenție și de implicare.

Pe parcursul elaborării cercetării a apărut o nouă ipoteză: Tehnicile terapeutice creative contribuie la integrarea socială a copiilor purtători de implant cohlear și la menținerea nivelului comportamental și emoțional în limite normale? Pentru a putea răspunde la această întrebare s-au analizat indicii de internalizare și externalizare ai unui subgrup de 29 de copii extrași din lotul de referință prin intermediul chestionarelor ASEBA (Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric).

Metodologia cercetării a fost una specifică atât cercetării calitative-interactive cât și a celei cantitative analizate și evaluate prin metode și instrumente statistice. Dintre mijloacele de investigare vom aminti: metoda observației, focus grupul, formularele de

evaluare specifice terapiei prin joc și dramaterapiei, chestionarele ASEBA, audiometria subiectivă tonală și vocală la căști și în câmp liber,. Activitățile proiectului de cercetare s-au desfășurat în perioada 2014-2017 în locații diferite (spital, grădiniță, cabinet privat, tabere naționale de vară și de iarnă) alese în funcție de vârstă copiilor și de particularitățile grupurilor terapeutice. În derularea activităților au fost implicate echipe de voluntari profesioniști (medici, psihologi, logopezi, educatori, regizori de film, studenți și absolvenți ai școlii românești de terapie prin joc și dramaterapie) specializați în aplicarea tehniciilor creative. S-au realizat parteneriate cu diverse asociații și instituții de profil care au contribuit prin mijloace diverse (spații, materiale, logistică) la realizarea activităților proiectului de cercetare. Părinții au fost considerați parteneri și participanți activi în realizarea acestei cercetări, contribuind îndeosebi la suportul emoțional al copiilor pe tot parcursul derulării activităților.

Nouitatea studiului de față a constat în studierea grupului țintă pus în interacțiune cu grupul copiilor cu auz normal de aceeași vârstă biologică, fiind alcătuite grupuri mixte. Astfel copiii din ambele grupuri au fost determinați să-și ajusteze comportamentul pentru a putea soluționa problemele și situațiile apărute. Decalajul dintre vârstă auditivă și cea biologică a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear se traduce adesea printr-un comportament imatur, de dependență excesivă mai ales față de adulții. Cadrul și spațiul terapeutic pentru copiii mai mari de 7 ani a fost transferat pe scena pe care copiii au performat în fața publicului spectator în diverse spectacole dramaterapeutice, cu diferite ocazii.

Prezentarea rezultatelor cercetării în perioada 2014-2018 s-a realizat în cadrul congreselor, conferințelor și simpozioanelor de specialitate din domeniul otorinolaringologiei, al audiolgiei și psihologiei, nu doar prin intermediul articolelor, lucrărilor științifice și posterelor. Într-un mod inedit, dinamic și interactiv, copiii purtători de implant cochlear alături de prietenii lor cu auz normal, au evoluat pe scena celei de-a II-a Conferințe Europene de Dramaterapie (București 2016) și a Congresului Național de O.R.L., (Băile Felix 2016), în cadrul spectacolelor de dramaterapie oferite publicului profesionist. Aplauzele și ovațiile la scenă deschisă, au reprezentat recunoașterea valorii actului terapeutic în sine.

Rațiunea inițierii și derulării acestui studiu a fost de a oferi acestor copii o alternativă viabilă de a se exprima și de a-și îmbunătăți strategiile de comunicare de orice natură prin intermediul jocului și a tehniciilor dramaterapeutice. Ariile de bază care au fost cercetate și

În care s-au înregistrat îmbunătățiri au fost legate de corporalitate (contact vizual, orientare, lucrul cu corpul, corpul în ansamblu, mimica, vorbire, inovație, imaginea corporală), de strategiile proiective (nisip lut, desen, pictură, modelaj, detaliu, imagine de ansamblu, miniaturi, jocuri) și de rolurile interpretate (mișcare corporală, relația cu alt rol, improvizație). Rezultatele obținute în urma completării chestionarelor ASEBA de către părinți și copii indică faptul că parcurgerea programului dramaterapeutic, are rol în prevenție, menținând nivelul emoțional și comportamental al copiilor în limite normale.

Pe tot parcursul derulării ei, cercetarea s-a izbit însă și de anumite bariere legate de metodologia evaluării rezultatelor, de timpul alocat intervenției, de dispersarea populației întă pe întreg teritoriul țării, de rolul complex al cercetătoarei și de caracterul explorator al cercetării. Metodele de evaluare nu sunt specifice copiilor cu implant cochlear, timpul alocat intervenției a fost uneori prea scurt, trebuind să se armonizeze cu programul taberelor, rolul multiplu și complex al cercetătoarei e posibil să fi condus inevitabil la pierderea din vedere a unumitor detaliu. Populația fiind dispersată în teritoriu este dificil să se formeze un grup terapeutic, sistematic, pe termen lung, intervenția în tabere fiind de scurtă durată.

Concluzia la care s-a ajuns este că în cadrul echipei multidisciplinare care are în atenție copilul hipoacuzic purtător de implant cochlear, ar trebui incluși specialiști din domeniul comunicării creative. Acești specialiști ar putea iniția programe specifice de terapie prin joc sau dramaterapie care, prin complementaritate, să vină în sprijinul reabilitării auditiv-verbale a copilului prin încurajarea comunicării pe mai multe palieri. Implicarea precoce și activă a părintelui în toate aspectele intervenției reprezintă unul din factorii decisivi în reabilitarea acestui copil. Experimentarea metodelor creative complementare s-a dovedit a fi percepță ca placere împărtășită și nu ca tratament medical ceea ce a făcut să fie ușor acceptată de beneficiari.

Perspectivele către care se îndreaptă cercetarea sunt de a forma noi specialiști. Pe termen scurt sugerăm evaluarea complexă a copiilor aflați în lotul de studiu în medii diferite (acasă și la școală) în absența părintilor pentru a putea culege informații de profunzime menite să creeze un tablou cât mai complet al copilului cu implant cochlear. Pe termen lung, multiplicarea metodelor de evaluare menite să surprindă aspecte diverse privind mijloacele de comunicare ale acestor copii și suplimentarea programului actual de reabilitare auditiv-verbală. Ar fi necesară introducerea unui program terapeutic bazat pe un ghid metodologic de tehnici creative și replicarea acestui program de către specialiștii din

teritoriu. Avantajul este că aceste tipuri de tehnici terapeutice pot fi aplicate nu doar individual, ci și în grup, crescând astfel numărul beneficiarilor.

Cercetarea bazată pe datele medicale, audioligice și psihologice confirmă necesitatea intervenției complexe interdisciplinare, impactul fiind nu doar asupra copilului hipoacuzic ci și a familiei și în mod indirect asupra întregului microclimat social din care face parte.

I. PARTEA GENERALĂ

Considerații teoretico-metodologice privind reabilitarea auditiv-verbală a copilului cu implant cochlear și implicațiile sale în comunicare și în integrarea psihosocială

1 Implantul cochlear

1.1 Implantul cochlear

Implantul cochlear este un domeniu de mare importanță în sfera medicală și are un efect major în viața persoanelor hipoacuzice și a familiilor acestora. Implantul cochlear a fost pus în aplicare pe scară largă mai întâi la adulți și începând cu anul 1980 la copii, fiind considerat de o importanță capitală în tratamentul și educația copiilor hipoacuzici (Bat-Chava, Martin și Imperatore, 2014). Beneficiarii potențiali ai implantului cochlear sunt persoanele care sunt diagnosticate cu hipoacuzie neurosenzorială severă sau profundă, pentru care protezarea auditivă clasică este ineficientă.

Implantul cochlear este un dispozitiv electronic miniatural complex, care se inserează chirurgical sub piele (*Bat-Chava și alții, 2014*), cu scopul de a permite redarea senzației auditive unei persoane hipoacuzice.

Implantul cochlear

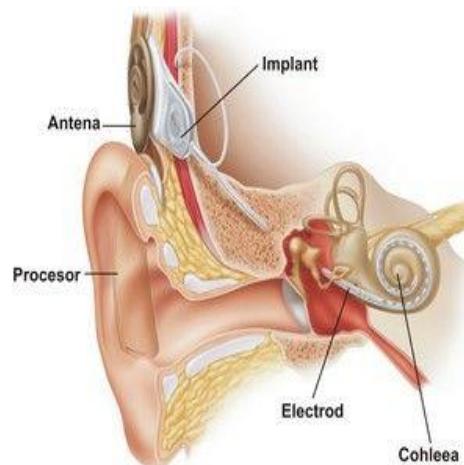


Fig. 1.1.

Implantul cohlear este alcătuit din două componente (Fig.1.1- imagine preluată cu permisiunea Med-El (<https://www.google.com/search>):

- Componenta internă, plasată chirurgical sub pielea capului, formată dintr-o carcasă (care adăpostește componentele electronice), o matrice de electrozi și electrodul de referință
- Componenta externă, amplasată retroauricular, alcătuită din procesorul de sunet (care înglobează unitatea centrală, compartimentul de alimentare, cablul de legătură și antena). De menționat că există modele de implant cohlear în care procesorul de sunet și antena sunt conținute într-o singură unitate a componentei externe, eliminându-se astfel firul de legătură.

Microfonul aflat în interiorul procesorului captează sunetele din mediul înconjurător.

Procesorul analizează și decodifică sunetele într-o succesiune specială de informații digitale pe care le transmite implantului prin intermediul antenei. Implantul transformă aceste informații în impulsuri electrice care sunt transmise matricii de electrozi situată în cohlee, îndeplinind astfel rolul celulele ciliare nefuncționale, din urechea internă. Impulsurile electrice sunt transmise direct fibrelor nervoase care le conduc către creier, unde se formează senzația auditivă. Se poate spune astfel că implantul cohlear preia funcția urechii interne afectate.

Implantul cohlear nu oferă auzul normal unei persoane hipoacuzice. Ceea ce îi oferă este o reprezentare sistematică a sunetelor din mediul înconjurător și o poate ajuta să înțeleagă vorbirea.

Intervenția chirurgicală durează de regulă între o oră și trei ore, iar riscurile sunt relativ mici, comparabil cu alte operații chirurgicale ale urechii.

Vom enumera pe scurt etapele intervenției chirurgicale conform practicii curente: îndepărțarea pilozității din zona care va urma a fi incizată, administrarea anesteziei generale, executarea inciziei, frezarea mastoidei și pregătirea patului pentru implant, coholeostomia, introducerea matricii de electrozi, verificarea funcționării electrozilor (telemetria), sutura. Postoperator este posibilă apariția unui disconfort pentru care se pot administra analgezice la nevoie. Pacientul implantat se poate deplasa imediat sau în ziua următoare. Durata spitalizării poate fi de la una la mai multe zile în funcție de protocolul de lucru al fiecărei clinici.(Ghid 2008 „Să înțelegem implanturile cohere” – Med-El)

Operația chirurgicală este însă doar un prim pas în procesul de reabilitare a copiilor hipoacuzici, dar rezultatele acumulate pe termen lung sunt semnificative ulterior, în familie, în educație, în societate și în sfera lingvistică.

1.1.1 Implantul cohlear în lume

În anii 1800, fizicianul Alessandro Volta a fost primul care a avut ideea de a reproduce o senzație auditivă, prin stimularea electrică a cohleei. Cu ajutorul unui dispozitiv format din pile voltaice și tije metalice, el a transmis un curent de 50V în propriile sale urechi. Rezultatul obținut a fost perceperea unui sunet. În anii 1930, Weaver și Bray au descoperit că celulele din cohlee transformă energia mecanică în energie electrică, care este în continuare transmisă către creier, prin intermediul nervului auditiv. În 1957, Djourno și Eyries au obținut stimularea electrică directă a nervului auditiv. În 1960, House și Urban au pus la punct primul implant cohlear clinic funcțional (*House și alții, 1976; House și Berliner, 1986; House și Berliner, 1991*).

Cu toate că studiul stimulării electrice a urechii umane datează de la începutul secolului al XIX-lea, diferite grupuri de cercetare din Statele Unite, Europa și Australia au început să studieze în mod susținut stimularea electrică a urechii la om, abia în anii 1960-1970. În Statele Unite, William House, Blair Simmons și Robin Michelson au avut programe de cercetare în domeniul implantului cohlear. Profesorul Graeme Clark în Australia a efectuat cercetări fundamentale pe animale de laborator și mai târziu pe subiecți umani. Acești cercetători au realizat primele dispozitive portabile destinate stimulării auditive pe termen lung, în anii 1970. Profesorul Clark a implantat câțiva adulți hipoacuzici cu dispozitive multi-canál în 1978 și 1979. (*Auditory-Verbal Therapy and Practice, W. Estabrooks (2006) p. 46*)

Inițial, implantul cohlear viza persoanele hipoacuzice adulte. Dar rezultatele obținute reprezentau serioase premise pentru lansarea cercetării destinate implantării coahleare la copii. Astfel, în anul 1980, au fost realizate primele implantări coahleare la copii. Ulterior în anii 1990, tehnica s-a dezvoltat din ce în ce mai rapid. La început, s-a realizat implantarea copiilor cu hipoacuzie postlinguală. Cu toate că rezultatele erau promițătoare, operațiile chirurgicale nu au fost unanim acceptate. Treptat, implantarea copiilor cu hipoacuzii congenitale prelinguale a devenit preponderentă.

Studii recente ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) au arătat că, la nivel mondial, cca 360 milioane de oameni se confruntă cu un grad de hipoacuzie invalidantă,

dintre care 32 de milioane sunt copii. Se estimează că 8 din 1000 de nou-născuți sunt potențiali candidați la implantul cochlear. În prezent, în țările occidentale, implantul cochlear a devenit principalul mijloc de tratament pentru copiii cu hipoacuzie neurosenzorială severă sau profundă. (*Revista Asociației Audiologilor din România* 2016, p.6)

1.1.2 Implantul cochlear în România

Implantarea cochleară a început în România în anul 2000. Prima operație, realizată cu sprijinul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), a fost efectuată în cadrul Institutului de Fono-Audiologie și Chirurgie Funcțională – O.R.L „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București, de o echipă de medici condusă de Prof. Dr. Romeo Călărașu. Din echipa de intervenție făcea parte Dr. Alexandru Pascu, părintele audiologiei românești, cel care a introdus în anul 1997 primul „Colegiu de Audiologie și protezare auditivă” în cadrul Facultății de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București. Verificările audioligice intraoperatorii erau asigurate de Dr. Alexandru Pascu și Dr. Mădălina Georgescu care pe parcursul anilor, au lansat și dezvoltat împreună, programul de screening neonatal în România.

La acea vreme, în România nu exista un program național de implant cochlear bine pus la punct iar fondurile de la CNAS erau insuficiente. Astfel încât, în primii ani, a fost realizat un număr relativ mic de operații și doar pentru adulți și copii mai mari de 5 ani. Primul copil care a fost implantat cochlear în România, în anul 2001, avea vîrstă de 6 ani. Prima operație de implant cochlear la un copil în vîrstă de un an a fost realizată la Timișoara, în anul 2004.

Instituirea programului național de implant cochlear a fost dificilă și numeroase bariere au trebuit să fie înlăturate înainte că acesta să devină funcțional. Abia înființat de câțiva ani, el a fost sistat pentru doi ani de zile, timp în care în România nu s-au mai efectuat operații de implant cochlear susținute de CNAS. Datorită presiunilor venite din partea părinților și a echipei medicale, programul a fost deblocat în anul 2006. În anul 2007 a fost organizată prima tabără națională de implant cochlear. Tot în anul 2007, a luat naștere Asociația „Ascultă viață”, prima asociație din România care își propune apărarea drepturilor persoanelor hipoacuzice și purtătoare de implant cochlear.

Conform revistei „Implantul cochlear în România” apărută în anul 2016, care citează un studiu al Academiei Române de Științe Medicale, din anul 2000 doar 500 de pacienți au primit implanturi cochleare prin intermediul Programului Național de Sănătate. Aceasta

înseamnă că, raportat la numărul de aproximativ 2512 cereri, doar un procent de 20% a beneficiat de implantarea cohleară.

Treptat, programul național a luat ampioare astfel că în prezent, se alocă fonduri pentru realizarea anuală a 200 de implanturi cohleare. Cu timpul, criteriile de selecție pentru implantarea cohleară au devenit din ce în ce mai flexibile. În prezent, acest program denumit generic „Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile din România” are următoarele criterii de selecție pentru candidații la implantul cohlear:

- Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială profundă cu praguri maimari de 90 dB, pre sau perilinguală, sub vârsta de 6 ani
- Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială severă/profundă postmeningitică - prioritate -
- Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială progresivă cu pierderea beneficiului prin metode de protezare clasice (aparate auditive)
- Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială postlinguală profundă pe frecvențele înalte (> 1000 Hz) și ușoară/medie pe frecvențele joase (< 1000 Hz), cu discriminare vocală sub 50%
- Hipoacuzie bilaterală neurosenzorială la adult severă/profundă, praguri maimari de 70 dB, praguri mai mari de 55 dB în câmp liber cu protezare, discriminare vocală sub 40% cu proteze și stimul de 65 dB HL
- Hipoacuzie neurosenzorială asimetrică severă, profundă, inclusiv pierderea totală de auz unilaterală cu auz normal sau aproape normal contralateral
- Suport și implicare familială bună. Suport psihologic adecvat.
- Așteptări realiste dinpartea familiei în privința rezultatelor reabilitării auditiv-verbale; (<http://www.cnas.ro>)

La recomandarea medicului specialist, în cazuri bine justificate, se poate face înlocuirea procesorului extern, după expirarea perioadei de garanție. Tipul de implantare - uni sau bilaterală, simultană sau secvențială - este stabilit de echipa de implant cohlear, de la caz la caz.

La ora actuală, în anul 2018, programul se aplică în multe clinici din București și din țară: Institutul de Fonoaudiologie și Chirurgie Funcțională O.R.L. „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București, Spitalul Clinic Municipal Timișoara, Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Spitalul Clinic de Recuperare Iași, Spitalul Clinic Județean de

Urgență Târgu Mureș, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M. S. Curie” din București, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu" din București.

În prezent, în România, există expertiză în privința implantului cohlear. Acest lucru a devenit posibil prin instruirea echipelor medicale formate din chirurgi, audiologi și logopezi. Cu toate acestea, numărul echipelor medicale specializate nu acoperă necesarul cererilor la nivel național, iar repartizarea implanturilor pe teritoriul României este inegală și nu ține seama de nevoile și numărul populației.

Derularea unor proiecte speciale, inițiate de către asociațiile de profil, și întâlnirile sistematice ale medicilor O.R.L.-iști cu forurile superioare din cadrul Ministerului Sănătății, au permis dotarea mai multor maternități din țară cu echipamente speciale de screening auditiv. Screeningul neonatal ar trebui să fie generalizat, pentru ca hipoacuzia să poată fi depistată încă de la naștere, aşa cum se întâmplă în țările dezvoltate. Cu cât depistarea este mai precoce, cu atât intervenția poate fi realizată la timpul oportun.

În ultimii ani, tot mai multe maternități au pus în aplicare programe de screening auditiv la nou-născuți, astfel că depistarea precoce a hipoacuziei face posibilă implantarea cohleară a copiilor hipoacuzi la o vîrstă optimă, adică până la vîrsta de doi ani. Implantarea cohleară se poate realiza, la ora actuală, și în regim privat. Datorită acestor inițiativer, în prezent, vîrsta implantării în România a scăzut chiar până la 11 luni iar din anul 2015 CNAS suportă costurile implantării cohleare bilaterale. Conform dispozițiilor actuale ale CNAS, începând din anul 2017, anual este posibilă decontarea a 200 de implanturi cohleare distribuite în centrele naționale de implant cohlear în funcție de cerere. Pacienții care beneficiază de acest program sunt atât copii cât și adulți. Cu toate acestea, estimările arată că doar unul din 5 copii născuți cu hipoacuzie neurosenzorială profundă beneficiază de un implant cohlear. Cauza principală a acestei situații este inconsecvența aplicării programului de screening neonatal, ceea ce are un efect direct asupra diagnosticării precoce a hipoacuziei și a eficienței tratamentului.

Ministerul Român al Muncii, Familiei și Protecției Sociale a eliberat în anul 2008 un document potrivit căruia în România există 21.879 persoane care suferă de grade invalidante diferite de hipoacuzie. Este posibil ca, în realitate, cifrele să fie mult mai mari, însă acest lucru nu se poate ști cu exactitate din cauza lipsei unei baze de date la nivel național.

Costul mediu al unui implant cohlear este de aproximativ 96.385 lei. Acest cost cuprinde doar valoarea materialelor specifice: partea internă și procesorul extern. Costurile corespunzătoare recuperării și ajustărilor post-operatorii nu sunt luate în calcul. Acestea reprezintă, pentru fiecare caz în parte, o sumă de 11.412,80 lei. (<http://www.cnas.ro>). Deși Programul Național de Tratament al Surdității Neurosenzoriale prin Proteze Implantabile a ameliorat, în principiu, accesul la implantarea cohleară, lipsa fondurilor reprezintă în continuare o barieră. În prezent este acoperit doar costul implantului cohlear. Operația în sine, îngrijirile medicale post-operatorii, reabilitarea auditiv-verbală, bateriile și întreținerea dispozitivului, precum și eventualele reparații sunt suportate de familiile persoanelor hipoacuzice.

Din anul 2007 și până în prezent, s-au înființat mai multe asociații care militează activ pentru drepturile persoanelor hipoacuzice din România. Se intrevede unirea acestor asociații într-o federație națională, mult mai eficientă în relația cu autoritățile și cu forurile decizionale. Asociațiile depun eforturi susținute pentru creșterea fondurilor și pentru alocarea acestora pentru înlocuirea părților externe uzate fizic (procesor, fire de legătură, antenă) și a celor interne (electrozi) ca urmare a uzurii morale precum și pentru efectuarea gratuită a explantului și a noii implantări cohleare, atunci când este necesar.

1.2 Neuroplasticitatea cerebrală

La indivizii cu auz normal, sunetul procesat în cadrul sistemului auditiv este interpretat de centrii auditivi superiori din creier nu doar ca sunet în sine, ci și ca localizare și proximitate.

În timpul ascultării, creierul trebuie să îndeplinească două funcții. În primul rând, trebuie să analizeze caracteristicile acustice ale sunetului auzit. Acestea sunt esențiale pentru evidențierea sunetelor considerate importante din punct de vedere biologic. În al doilea rând, creierul trebuie să clasifice aceste caracteristici acustice esențiale într-o reprezentare rezistentă la variabilitatea prezentă în lumea senzorială.

În timpul învățării, un stimул senzorial poate căpăta o nouă semnificație comportamentală, ducând la o reorganizare dinamică a reprezentării caracteristicilor și a obiectelor asociate cu stimулul senzorial respectiv. La acest proces contribuie atât mecanismele corticale cât și cele subcorticale. În creierul copilului, capacitatea pentru o astfel de reorganizare este foarte mare. Această capacitate poartă numele de *neuroplasticitate cerebrală*.

Neuroplasticitatea cerebrală este un termen care se referă la capacitatea creierului de a modifica organizarea rețelelor neuronale în funcție de stimulii primiți. Această capacitate apare în timpul vieții intrauterine și se manifestă de-a lungul întregii vieți. Ea prezintă vârfuri de activitate, numite perioade sensibile (situate în primii ani de viață). Ele sunt denumite astfel pentru că în aceste perioade, o experiență sau o stimulare va avea un impact mai mare asupra structurii rețelelor neuronale decât în altă perioadă. De notat că, diferența de plasticitate neuronală între perioadele sensibile și celelalte perioade este nu doar cantitativă, ci și calitativă (Bryan Kolb, Robbin Gibb, 2011). (*Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain, Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2011 Nov; 20(4): 265–276.*)

Studiile efectuate pe loturi de copii purtători de implanturi cohleare au stabilit existența, precum și limitele unui interval optim de timp, pentru implantarea cohleară. Intervalul optim pentru implantare cohleară este în primii 4 ani de viață (cel mai bine înainte de al 2-lea an de viață, atunci când neuroplasticitatea cerebrală corespunzătoare stimulilor sonori este maximă).

După încheierea perioadei sensibile auditive (vîrstă aproximativă 6,5-7,0 ani la om), neuroplasticitatea cerebrală rămâne prezentă, în continuare, dar la o intensitate semnificativ mai mică și producând altfel de "răspunsuri" neuroplastice – considerând aceiași stimuli auditivi – decât cele produse în timpul perioadei sensibile (Bryan Kolb, Robbin Gibb, 2011). Mai precis, fenomenul de neuroplasticitate cerebrală va putea produce modificări la nivelul modelelor de conectivitate, dar în cadrul constrângerilor arhitecturale stabilite în perioada sensibilă. De aceea, stimularea auditivă în timpul perioadei sensibile este de o importanță capitală.(Eric I. Knudsen, *Journal of Cognitive Neuroscience, Volume 16 / Issue 8 / October 2004, p.1412-1425*).

După Knudsen, există perioade critice în dezvoltare când absența experiențelor senzoriale cauzează alterări persistente în procesul tipic de dezvoltare.

Studiile efectuate pe animale au identificat mecanismele care stau la baza perioadei sensibile. Acestea includ o întreagă gamă de procese neuronale diferite, în absența cărora apar anomalii de dezvoltare în plasticitatea sinaptică. Acestea sunt rezultatul conectivității anormale, dezintegrării funcționale și imaturității zonelor corticale auditive. Asemănările izbitoare dintre studiile pe animale și cele pe subiecți umani sugerează că deficitele în plasticitatea sinaptică, deficiențele de ordin superior ale dezvoltării corticale și ale recrutării modale încrucișate sunt responsabile de dificultățile în abilitățile de vorbire și

limbaj oral observate la copiii cu hipoacuzii congenitale implanatați târziu. Implantarea timpurie integrează auzul într-un cadru comportamental, dând posibilitatea interacțiunii cu mediul. Aceasta este o condiție esențială pentru învățarea adecvată, mediul oferind un feedback constant.

Deși perioadele sensibile sunt limitate în timp, după care învățarea este semnificativ încetinită și diferită, dovezi recente sugerează că anumite perioade sensibile pot fi prelungite prin anumite manipulări senzoriale, cum ar fi expunerea pe termen lung la stimulare acustică continuă.

Se poate concluziona faptul că implantarea timpurie în perioada sensibilă de plasticitate neuronală va determina maturarea corticală adecvată, ceea ce va favoriza dezvoltarea percepției vorbirii și dobândirea limbajului oral.

1.3 Deprivarea auditivă

La naștere copilul preferă vocea mamei, cântecele și poveștile auzite chiar înainte de a se naște, deoarece încă din timpul vieții intrauterine, mai precis din a 20-a săptămâna de gestație, fătul este capabil să audă. De atunci, în mod normal, cohlea este deja formată și funcțională (Gordon și Harrison, 2005). Astfel, fătul este expus unei mari cantități de stimuli sonori, între a 20-a săptămână de gestație și naștere. Copilul vine pe lume aşadar cu o experiență de 20 de săptămâni de ascultare. Copilului născut fără auz însă îi lipsește această experiență. De aceea, identificarea timpurie a hipoacuziei la copil, amplificarea precoce și expunerea la un mediu auditiv-verbal cât mai bogat sunt esențiale.

Hipoacuzia este definită ca fiind incapacitatea parțială sau totală de a auzi (potrivit Enciclopediei Britanice, 2011). Există trei tipuri generale de hipoacuzie care interferează accesul semnalului auditiv către creier. În funcție de locul leziunii hipoacuzia poate fi de transmisie, neurosenzorială sau mixtă. (Bess și Humes, 2003). După normele internaționale ale Organizației Mondiale a Sănătății din 2002 (OMS 2002) auzul situat între 0-20 dB HL este considerat în limite normale, iar în funcție de grad, hipoacuziile sunt clasificate astfel:

- hipoacuzia ușoară, când pierderea tonală medie este cuprinsă între 21-40 dB HL.
- hipoacuzia medie (moderată), când pierderea auditivă este cuprinsă între 41-70 dB HL.
- hipoacuzia severă, când pierderea auditivă este cuprinsă între 71-90 dB HL.
- hipoacuzia profundă, când pierderea auditivă este cuprinsă între 91-120 dB HL.
- cofoza, când pierderea auditivă > 120 dB HL

De obicei, copiii care se nasc cu hipoacuzii neurosenzoriale congenitale au un grad de hipoacuzie severă sau profundă (Fig. 2.4). Orice grad al hipoacuziei însă poate afecta în mod negativ dezvoltarea academică a copilului care este în proces de învățare și de dezvoltare a abilităților de comunicare. (Cole, E. B., Flexer, C. (2007). *Children with hearing loss – Developing Listening and Talking birth to six*. Plural Publishing p.39)

Deprivarea auditivă reprezintă scăderea semnificativă a capacitatei generale de a auzi și de a recunoaște vorbirea din cauza lipsei stimulării auditive. În ceea ce privește copilul nou-născut fără stimulare auditivă precoce, zonele sale centrale cerebrale care au un rol în audiție, nu ating gradul normal de maturare (Sharma, Spahr, Dorman, Todd 2002). Cu cât perioada lipsită de stimulare auditivă este mai îndelungată, cu atât posibilitatea de recuperare se micșorează, până la a dispare complet, odată depășită o anumită perioadă de timp (perioada sensibilă). Efectele deprivării auditive pot fi pervazive și profunde.

Atât nervii auditivi cât și zonele cerebrale legate de auz tind să se atrofieze sau să se modifice în timp, în cazul lipsei de stimulare sonoră.

Conceptul de deprivare auditivă a fost adus la cunoștință comunității științifice, pentru prima dată, în 1984, de către Silman și col., Turgeon și col. În 1995 s-a constatat că neuronii din colicul inferior, o stație de releu esențială în cortexul auditiv primar și secundar, sunt modificați în mod considerabil ca urmare a deprivării auditive. Într-o publicație a „Hearing group of clinics” se menționează faptul că în anul 2000, Kral și col., au descoperit diferențe structurale neuronale în cortexul auditiv al creierului lipsit de informații auditive, comparativ cu creierul care nu a fost privat de informații auditive. Kral și col., 2005, au constatat că dezvoltarea funcțională a cortexului auditiv depinde în mod critic de experiența auditivă.

Lipsa prelungită de stimulare face ca procesul de recuperare a capacitatei auditive cu ajutorul unui implant cochlear sau unui aparat auditiv convențional să fie mai dificil. Cheia pentru a evita deprivarea auditivă și astfel, un impact negativ asupra auzului, este de a menține sistemul auditiv activ și de a nu lăsa elementele sale să rămână în stare latentă. Cu cât se activează mai repede toate elementele sistemului auditiv, cu atât cresc șansele îmbunătățirii auzului.

Dezvoltarea corticală depinde de învățarea bazată pe stimuli. Absența stimulării senzoriale auditive de la naștere, caracteristică hipoacuziei neurosenzoriale congenitale, afectează negativ creșterea normală și conectivitatea neuronală necesară pentru a forma un

sistem senzorial funcțional. Unul dintre rezultatele dramatice ale acestui fapt se traduce prin deficitul de învățare a limbajului oral.

Trebuie avut în vedere că indiferent de vîrstă implantării, copiii cu implant cochlear au experimentat înainte de implantare perioade de deprivare auditivă cu impact negativ asupra dezvoltării neuronale.

Având în vedere cele de mai sus, se deduce faptul că depistarea precoce a hipoacuziei este absolut necesară, pentru a asigura o intervenție cât mai precoce, prin implantare cochleară sau protezare auditivă convențională. Pierderea auditivă la copil fără a fi diagnosticată și tratată corespunzător are un impact semnificativ asupra dezvoltării creierului auditiv, cu consecințe grave asupra limbajului, realizării academice, dezvoltării emoționale și sociale a copilului. Acest lucru afectează relațiile familiale și sociale.

Depistarea hipoacuziei se poate realiza încă de la naștere prin intermediul screeningului auditiv. Cu cât se depistează și se intervine mai devreme în cazul unui copil hipoacuzic, cu atât cresc șansele de reabilitare auditiv-verbală pe termen lung.

1.4 Limbajul și comunicarea

„Activitatea principală în virtutea căreia există, funcționează societatea și se umanizează individul este comunicarea.” – (Muntean, A., „Rolul limbajului în structurarea orientării temporo-spațiale (normal/patologic)” p.24)

Alături de mimică și gesturi, limbajul face parte dintr-o vastă clasă de fenomene psihice, denumite conduite simbolice. Toate aceste fenomene se bazează pe funcția semiotică. Această din urmă desemnează capacitatea de a utiliza semne și simboluri – semnificații – în locul obiectelor propriu-zise și de a opera în plan mintal cu semnificații. Limbajul verbal este una dintre formele de manifestare a funcției semiotice. Mimica, gesturile, imagistica, deși sunt, de asemenea, forme ale funcției semiotice nu sunt identice cu limbajul verbal. Limbajul verbal a apărut ca urmare a necesităților impuse de comunicarea socială, ca fiind cel mai adecvat și mai economic dintre toate formele funcției semiotice, corespunzând în mod optim exigențelor fixării și transmiterii de informație. Astfel, limbajul verbal se află la intersecția funcției semiotice cu comunicarea.

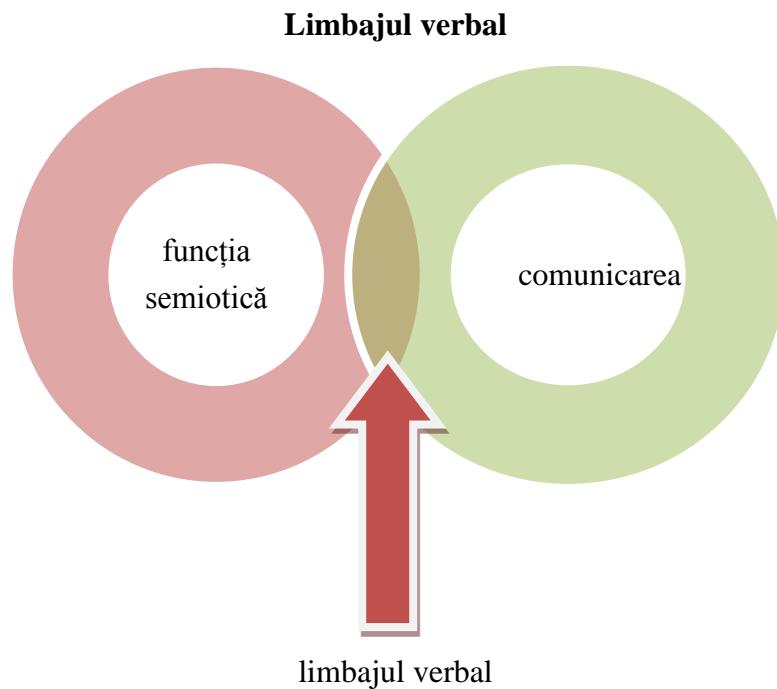


Fig. 1.2.

Perioada asimilării limbajului verbal reprezintă un pas crucial în dezvoltarea copilului. Studii recente au pus în evidență faptul că, alături de funcția sa primordială de asigurare a comunicării între indivizi, limbajul joacă un rol moderator în dezvoltarea și desfășurarea altor funcții psihice conștiente și inconștiente, cum sunt condiționarea, discriminarea perceptivă, învățarea, dar și fenomene psihice mai complexe, cum sunt memoria și gândirea. Limbajul apare ca fiind un element important în amplificarea eficienței acestor funcții psihice (Carolina Hațegan, „Limbaj și Comunicare – Abordare Interdisciplinaraă” 2011).

În urma numeroaselor cercetări, s-a constatat cu certitudine că centrii care organizează limbajul sunt localizați în emisfera stângă și că ei sunt reprezentați de: a treia circumvoluțiune frontală, prima circumvoluțiune temporală, girusul supramarginal și girusul angular. Vorbirea normală reclamă atât integritatea acestor zone cât și integritatea regiunilor subcorticale corespunzătoare. Exprimarea corectă a limbajului necesită de asemenea integritatea zonelor structurilor de materie cenușie paraventriculară, insula, putamenul și sistemul reticulat ascendent.

În condiții de vorbire normală emisfera dreaptă nu are control direct asupra mecanismelor motorii ale vorbirii. Se presupune că emisfera dreaptă intervine în asociere cu cea stângă, în exprimarea și comprehensiunea prozodică, în declanșarea secvențelor automate, în producerea și interpretarea metaforelor. În timp ce o persoană rostește un

discurs, emisfera dreaptă permite un comportament adaptat spuselor interlocutorului. În funcție de context, de afectivitatea subiectului, emisfera dreaptă are rol atât în inițierea vorbirii cât și în anularea intenției de a vorbi.

În producerea limbajului s-au delimitat două zone care reprezintă ariile de importanță majoră: Broca și Wernicke.

Rolul ariei Wernicke constă în receptarea stimulilor lingvistici și comprehensiunea limbajului vorbit. Regiunile temporale drepte omoloage sunt activate simultan, ceea ce confirmă rolul emisferei drepte în comprehensiunea limbajului.

Structurile perisylviene, precum și neocortexul de asociatie din zona joncțiunii temporo-occipito-parietale dețin un rol în selecția cuvintelor, în funcție de semnificația lor. Aceste structuri formează aria Broca, piciorul și capul celei de-a treia circumvoluțiuni frontale (ariile 44 și 45), partea inferioară a circumvoluțiunii frontale ascendentă, insula, substanța albă subiacentă acestor structuri corticale, fasciculele de substanță albă periventriculară, capsula internă, nucleul caudat și lenticular. Aria Broca intervine în: declanșarea vorbirii, motivația vorbirii, controlul semantic și sintactic al cuvintelor și frazelor, programarea și îndeplinirea din punct de vedere motor a limbajului.

Conform teoriei lui Geschwind, între cele două arii, Broca și Wernicke, există o strânsă corelație (Crăciun, 2001; Cârneci, 2004). Corelația se concretizează în felul următor: informațiile sunt stocate în aria Wernicke, urmând ca ele să fie activate atunci când un cuvânt vorbit este recunoscut. Pentru ca acest cuvânt să fie redat verbal, informațiile sunt trimise din aria Wernicke în aria Broca. Transferul dintre cele două arii se efectuează prin fascicolul arcuat. În aria Broca, informația auditivă este convertită în cod motor.

Alte teorii susțin că sistemul limbajului este organizat pe o baza modulară: în creier existând unități funcționale distințe care intervin atât în mod autonom cât și ierarhic operațiile desfășurându-se în serie. Astfel:

- într-o primă etapă, semnalul acustic ajunge în ariile primare și de asociatie ale celor două emisfere, în lobii temporali. Structuri specializate din emisfera stângă disting în fluxul acustic semnalele fonetice specifice cuvintelor și efectuează un fel de codare pentru eliminarea multiplelor variații posibile de pronunțare ale fonemelor, în funcție de vocea, accentul și viteza de emisie a vorbitorului.

- în etapa următoare are loc identificarea intrărilor prin activarea codurilor lexicale stocate. Cuvântul va fi recunoscut sau nu, în funcție de bogăția lexicului codat și înmagazinat în cortex.
- în ultima etapă reprezentările lexicale activează procese asociative care au rol în semantică. Configurarea nivelului semantic al limbajului se bazează pe rețele asociative potențial immense, distribuite în interiorul celor două emisfere. Înțelegerea frazelor implică în mare măsură memoria care, la rândul ei, permite construcția gramaticală și sintaxa frazei.

Parcurserea integrală a acestui circuit duce la producerea limbajului. Vorbitorul este propriul său auditor în baza circuitului intern - limbajul interior - cel care permite omului să reprezinte mental ceea ce spune și să decodifice limbajul.

1.4.1 Aspecte particulare ale limbajului copilului hipoacuzic

Dacă în cele de mai sus am prezentat aspectele esențiale ale formării limbajului în general, în cele ce urmează ne vom referi la aspectele particulare care intervin în cazul copiilor hipoacuzici. Dificultățile apar din cauza lipsei feed-back-ului auditiv care asigură emiterea, modularea și reglarea vocii în contextul comunicării bazate pe limbajul verbal.*Psihopedagogia deficientilor de auz.* Anca, M.,(2006)., Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.

Vârstă	Copilul cu auz normal	Copilul hipoacuzic neprotezat
Naștere	Țipătul nou-născutului este cea mai timpurie expresie sonoră fiind realizat printr-o expirație reflexă sonoră, precedată de o inspirație reflexă.	Țipătul nou-născutului hipoacuzic nu diferă cu nimic de cel al unui copil cu auz normal, având aceeași expresie și semnificație.
0-1 lună	Manifestări fonetice ale stărilor afective care apar la schimbările din mediul extern (durere, foame, plăcere) dar care nu au valoare de limbaj.	
1-3 luni	Gânguritul și primele modulări ale tonului laringian, împreună cu emiterea consoanelor și apoi a vocalelor.	
3-6 luni	Lalația se manifestă prin repetarea sunetelor provocate de alții. Lalația	Lalația canonica se poate prelungi până la 11-25 luni. Acest aspect este

	canonică se prelungesc până la 6-10 luni. Începe combinarea a două silabe diferite și denumirea unei persoane sau a unui obiect, luând naștere primele cuvinte. Dacă î se vorbește, vocalizează ca răspuns, încercând să întrețină comunicarea, imită intonația altora, răspunde prin gesturi la întrebări simple sau la alte gesturi, încetează activitatea când î se spune „Nu”.	deosebit de important el putând crea confuzie în ceea ce privește depistarea, diagnosticarea și intervenția precoce. (Anca, 2006).
6-12 luni	Apar primele cuvinte cu sens, „cuvintele candidate” care ulterior vor face parte din vocabularul activ.	Producțiile vocale din această perioadă sunt mai mult silabice, intensitatea vocii fiind din ce în ce mai redusă.
12-24 luni	Execută trei comenzi simple formulate verbal, arată 12 obiecte familiare, arată 3-5 imagini dintr-o carte, trei părți ale corpului, își spune numele la cerere, răspunde afirmativ sau negativ la întrebări, numește membrii familiei sau 5 animale. Apar structurile de două cuvinte. Se realizează treptat configurarea sistemului fonematic prin definirea pe plan mental a procedeelor și imaginilor sonore. Se realizează controlul perceptiv-auditiv și proprioceptiv-articulator printr-un autoreglaj al articulației, în vederea percepției propriilor mișcări articulatorii.	La acest nivel pot fi identificate cele mai multe probleme și neconcordanțe deoarece copilul hipoacuzic nu reușește să îndeplinească sarcinile specifice vîrstei biologice.
2-3 ani	Apare încercarea de a alătura cuvintelor. Deși cresc posibilitățile de formulare propozițională și însușire a structurii gramaticale, deseori cuvântul este folosit cu rol de propoziție, desemnând o situație concretă. Începe să sesizeze pluralul și să-l	Intervenția specialistului este absolut necesară.

	folosească, arată pe degete câți ani are, îndeplinește două comenzi succesive, pune întrebări.	
3-4 ani	Își spune numele întreg dacă este întrebat, îndeplinește o serie de două comenzi care nu sunt corelate, relatează două evenimente în ordinea temporală a întâmplării, construiește propoziții interrogative, folosește trecutul verbelor regulate, poate schimba corect ordinea cuvintelor pentru a pune întrebări.	
4-5 ani	Folosește propoziții complexe și fraze, poate spune o poveste fără ajutorul imaginilor, poate sesiza și indica absurditățile dintr-o imagine, are noțiuni de frate, soră, bunică, etc, are noțiuni de mult, puțin, tare, încet, poate alege o pereche de obiecte sau imagini la cerere.	În ceea ce privește construcția propoziției, se poate identifica numărul redus de componente până la vîrstă de 5 ani, moment după care apare dezvoltarea frazelor care sunt de asemenea scurte, lipsind elementele de legătură, exprimarea fiind paratactică.
5-6 ani	Poate relata întâmplări din experiența zilnică, spune glume, definește cuvinte, răspunde la întrebarea „De ce?” cu explicația corespunzătoare, îl interesează noile cuvinte și cere explicații, folosește corect noțiunile temporale și prepozițiile.	Poate fi identificată frecvența mai crescută de utilizare a unor termeni concreți, care trimit la realitate pe care copilul le descoperă în jurul lui zilnic, față de frecvența termenilor abstracți, termeni ai căror realitate denumită nu poate fi materializată în planul concretului.

Tabel 1.1 Caracteristicile limbajului la copilul cu auz normal versus copilul hipoacuzic între 0-6 ani

Prin urmare, nu se poate vorbi de comunicare și abilități de folosire instrumentală a limbajului, câtă vreme ne aflăm doar în prezența structurii fonematice. Majoritatea dificultăților observate la copiii cu deficiență de auz pot fi detectate la acest nivel. Dată fiind definiția semnului lingvistic după Ferdinand de Saussure, se înțelege lesne importanța

și necesitatea asocierii unității de expresie cu unitatea de conținut pentru construirea sensului (*Coșeriu, 1999*).

Instabilitatea acestor aspecte devine cu atât mai mare la copiii cu deficiență de auz, chiar fiind mai avansați în vîrstă, la 8-10 ani, aflați în perioadă avansată a procesului corectiv-compensatoriu. Acest aspect poate fi analizat tot dintr-o perspectivă lingvistică. Astfel, dificultatea de a utiliza structuri verbale în care să fie respectate concordanța timpurilor și cea de persoană este dată și de recepționarea deficitară a diferențelor de pronunție care apar în procesul flexionării. O manieră optimă de anulare a posibilelor dificultăți date de aceste materializări ale legilor fonetice este accea a construirii procesului de recuperare și reabilitare în jurul aspectelor suprasegmentale, atunci când se insistă asupra structurării laturii morfologice a limbajului.

Aspectele lexicale sunt foarte importante. De îndată ce copilul înțelege că există termeni abstracti, el neputând să-i utilizeze, îi va înlocui cu alte structuri, chiar și cu perifraze sau cuvinte inventate.

Din cauza sărăciei vocabularului lor activ, acești copii au dificultăți în utilizarea figurilor de stil. Astfel, expresiile idiomatice vor fi modificate, în funcție de nivelul lexical al fiecărui copil. De notat menținerea, în continuare, a caracterului concret în gândire, ceea ce duce la modificarea sensului cuvintelor și la folosirea lor într-un mod inadecvat din punct de vedere contextual.

Dependența reciprocă între limbaj și gândire se poate observa fără dificultate în perioada preșcolară, când încă nu se poate vorbi de logică, datorită manierei în care sunt povestite întâmplările, și anume direct, cum sunt ele percepute. Aceste aspecte legate de modul de „construcție și achiziție” a limbajului constituie argumente puternice în favoarea „constructivismului” lui Jean Piaget, teorie aflată în opozиie cu abordarea „ineista” a lui Noam Chomsky (teoria „gramaticii universale înnăscute”).

La vîrstă preșcolară limbajul îndeplinește din ce în ce mai mult funcția de organizare a activității psihice și împreună cu vorbirea situativă se dezvoltă vorbirea contextuală, care exprimă mai bine coerenta și logica ideilor.

Comunicarea non-verbală (cu ajutorul semnelor, gesturilor, mimicii și pantomimicii) este foarte bine dezvoltată la vîrstă antepreșcolară și a preșcolară. Prin acest tip de comunicare, copilul are posibilitatea să exprime lucruri care nu pot fi încă exprimate prin cuvinte, din cauza penuriei lexico-semantice. Astfel, dialogul (a cărui existență este pusă în evidență încă de la vîrstă de 2 ani, el fiind anterior monologului) este posibil datorită

comunicării non-verbale. Dialogul este inițiat și susținut atât de timpuriu de către copil din nevoia de cunoaștere imediată, din curiozitatea care este, conform unor cercetări în domeniu, o materializare a reflexului de orientare. Ulterior, la vârsta școlarității, când funcțiile cognitive sunt suficient dezvoltate și apare posibilitatea de amânare a recompensei, dialogul este declanșat de nevoia de cunoaștere drept mijloc de „a fi” și „a deveni” a ființei umane.

Observând persoanele hipoacuzice, care n-au fost antrenate pentru utilizarea unui limbaj, s-a pus în evidență modalitatea lor de a gândi. H.G. Furth în lucrarea „Thinking without language: psychological implication of deafness” (*apud D.I. Slobin, 1971, p.115*) expune rezultatele unor experimente care dovedesc abilitatea persoanelor hipoacuzice de a dezvolta procese complexe de gândire.

Cea mai cunoscută teorie care afirmă rolul hotărâtor al limbajului în raportul gândire/limbaj este teoria Sapir-Whorf. Edward Sapir și Benjamin Lee Whorf, lingviștii antropologi, lucrând independent unul de celălalt, ajung să formuleze aceeași teorie cunoscută sub denumirea sus menționată. Ideea centrală a acestei teorii este că limbajul învățat și vorbit de individul uman îi determină acestuia modul de a gândi.

Teoria lingvistică a lui Noam Chomsky (1957) a dus la schimbări majore în concepția psihologilor asupra modalităților de achiziție a limbajului de către ființa umană. Chomsky afirmă că, încă de la naștere, copilul posedă anumite potențialități lingvistice care alcătuiesc ceea ce numește „mecanismul de achiziție al limbajului”.

În 1962, Vigotsky, dezvoltând idei mai vechi (1930), lansează ipoteza că limbajul și gândirea au origini diferite și că, la începutul ontogenezei, există o etapă „prelingvistică” a dezvoltării gândirii precum și o etapă „preintelectuală” a dezvoltării vorbirii. „Gândirea are propria ei structură și tranziția ei spre vorbire nu este un lucru simplu” afirmă el în lucrarea devenită clasică „Gândire și limbaj”.

Constructivismul lui Piaget a apărut ca o reacție față de behaviorismul și teoriile nativiste ale limbajului. El își concentrează cercetările pe perioada micii copilării, descriind palierele de dezvoltare psihică a copilului. El susține rolul determinant al acțiunii în formarea inteligenței copilului precum și că dezvoltarea limbajului este o consecință a dezvoltării inteligenței. Piaget recunoaște influența structurilor lingvistice asupra dezvoltării psihointelectuale a copilului, punct de vedere pe care, într-un dialog avut cu cercetătoarea română Tatiana Slama-Cazacu, autoarea l-a susținut, pe baza propriilor cercetări experimentale efectuate încă din 1957.

Omul este o ființă socială, umanizarea lui însemnând deprinderea regulilor sociale care îi vor permite să își găsească un loc în cadrul social, să obțină un statut, să joace un rol.

Copilul se naște înzestrat genetic pentru achiziționarea unui limbaj, dar pentru că această achiziție să se înfăptuiască, el are nevoie să fie scăldat de stimulii verbali din contextul social. „Mediul social este factorul sine qua non pentru achiziția limbajului.” (Muntean 2001)

Cu toate că, de la un individ la altul, există diferențe de localizare a centrilor nervoși răspunzători de funcțiile lingvistice, în general, responsabilitatea principală în realizarea procesului limbajului o are emisfera dominantă. Asimetria cerebrală cu dominanța emisferei stângi la dreptaci, pare să indice existența unei dispoziții înăscute, a unui fundament biologic, a unei predispoziții genetice specifice achiziționării limbajului de către individul uman. Iar emisfera dreaptă pare a fi răspunzătoare de recunoașterea formelor cuvintelor, a frazelor și de asocierea lor cu un sens, cu o semnificație. Această funcție presupune operații de selecție, structurare, producere a codurilor formale, lexicale, morfologice, sintactice. În fond, este vorba despre producerea unor forme și valori semantice, deci producerea codurilor lingvistice.

Mehler J. și Bertolini J. (1988, p.3), pe baza unor experimente de ascultare dihotomizată, au demonstrat că prelucrarea stimulilor auditivi, la copilul în vîrstă de 4-5 zile, nu este echivalentă la cele două urechi. Stimulii prezentați la urechea dreaptă, la copiii dreptaci, sunt mai eficienți, adică ei sunt recepționați și prelucrați mai rapid decât în cazul altor prezentări.

În funcție de gradul de pierdere a sensibilității auditive, dezvoltarea limbajului este afectată în mod diferit, mergând de la absență, până la forme de limbaj inteligibile, prezentând doar dislalii pe frecvențele afectate de scăderea auzului.

Momentul instalării hipoacuziei este determinant pentru capacitatea copilului de a-și dezvolta limbajul și de a-l utiliza. Hipoacuzia congenitală (prelinguală) generează dificultăți mai mari în achiziția limbajului decât hipoacuzia apărută după primii ani de viață (postlinguală). Imposibilitatea de a auzi sunetele face aproape imposibilă formarea unei vorbiri inteligibile din cauza lipsei feed-back-ului auditiv, necesar în realizarea vorbirii.

Există mai mulți factori care îngreunează achiziția limbajului, la copil: alături de hipoacuzie, care deține un rol principal, copilul este influențat și de nivelul de inteligență,

de încrederea în sine și în ceilalți, de personalitate, de echilibrul emoțional și de gradul de socializare.

Limbajul copilului hipoacuzic este afectat, de cele mai multe ori, sub aspectul formei și al utilizării sale. Copilul tinde să contreze absența sau dificultățile de producție lingvistică prin forme de comunicare non-verbală.

Referitor la schema corporală a copilului hipoacuzic există o observație demnă de interes, făcută pe desenul omulețului. În aceste desene, urechile figurii umane sunt reprezentate în proporții exagerate ceea ce arată o supraapreciere a deficitului auditiv de către copilul hipoacuzic. Probabil că atitudinea anturajului joacă un mare rol în atenuarea situației dificile prin care trece acest copil, conștient de deficiența pe care o are. (Muntean 2001).

De obicei, hipoacuzia determină dificultăți și în formarea deprinderilor de scris și citit. Studiul complex întreprins de Blanton asupra capacitații de folosire a limbajului de către copiii hipoacuzici care au învățat cititul, conduce la concluzii importante pentru reabilitarea lor ulterioară (Bloom, Lahey, 1978, p.506). Deși au o foarte bună memorie vizuală, ei nu respectă regulile sintactice pentru a memora vizual propozițiile. Ei înțeleg cadrul propoziției și, deci, sunt capabili să găsească noțiunea care trebuie inserată, dar nu înțeleg utilizarea sau înțelesul cuvintelor în acel loc precis al propoziției. O interpretare a acestui fapt ar fi că limbajul lor este lipsit de creativitate. Dar, cu toate că prezintă dificultăți în zona limbajului, ei au totuși capacitatea de a dezvolta jocul simbolic și raționamentul.

Furth a arătat că progresul cognitiv al copiilor hipoacuzici, a ideilor despre lume care dau conținutul limbajului, se realizează trecând prin aceleași etape ca și în cazul copiilor cu auz normal, doar că aceasta se realizează cu un decalaj cronologic. Același autor a observat că un antrenament adecvat al aptitudinilor de comunicare ale copilului hipoacuzic va conduce la diminuarea și chiar anularea întârzierii din domeniul reprezentărilor și al gândirii simbolice (Bloom, Lahey, 1978). De regulă, copiii hipoacuzici au o bună capacitate de a comunica prin mimică (Kiernan, Reid, Goldbart, 1987).

În cadrul cercetării legate de funcționarea cortexului uman – în general, și a limbajului – în particular, dimensiunea holistică a finței umane trebuie considerată că un fir conducător. Orice interpretare fragmentară a ei ne poate îndepărta de adevărul căutat. Procesul reabilitării auditiv-verbale a copiilor cu implant cochlear cu tulburări de limbaj și de comunicare, sprijină această idee.

1.5 Studii privind dificultățile emoționale, comunicaționale și de limbaj ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear

Primele studii s-au axat asupra impactului efectelor neurobiologice și cognitive și mai puțin asupra efectelor din sfera dezvoltării socio-emoționale (*Schorr, Fox, Wassenhove și Knudsen 2005*). Aceasta și din cauza complexității proceselor de dezvoltare socială și emoțională și a dificultății de a estima efectele pe termen lung.

Încă nu au fost publicate studii credibile în ceea ce privește efectele deprivării auditive asupra comportamentului copiilor hipoacuzici. Cercetarea și descrierea detaliată a arilor de funcționare socio-emoționale ar putea contura mai bine efectele deprivării senzoriale precoce.

Înțelegerea emoției este abilitatea de a te situa în perspectiva unei alte persoane și de a-i evalua sentimentele sau percepțiile în ciuda faptului că tu nu resimți aceeași emoție sau nu ai experiența acelei persoane (Schwartz și Trabasso 1984, *Emotions, cognition and behavior*, cap. Children's understanding of emotions, p.409). Înțelegerea emoțiilor presupune participarea și interpretarea valențelor emoționale ale unei expresii emoționale cu exprimare facială, vocală, în situații emoționale.

Studiile asupra interacțiunilor precoce ale sugarului și copilului mic au demonstrat impactul procesării senzoriale precoce asupra dezvoltării socio-emoționale ulterioare.

În cazul copilului hipoacuzic deprivat auditiv, el are interacțiuni limitate cu anturajul sau, atât în timpul copilariei precoce cât și mai târziu, ceea ce îl afectează negativ în formarea și menținerea relațiilor pozitive cu ceilalți. Acest lucru se întâmplă din cauza capacității sale reduse de a comunica eficient și de a percepe vocea umană și inflexiunile ei. În interacțiunile precoce, sugarii cu deprivare senzorială nu pot beneficia de feedbackul necesar care să le permită interpretarea expresiilor emoționale ale persoanelor din jur. S-a dovedit că deprivarea auditivă pe termen lung provoacă o stimă de sine scăzută, tendințe de izolare – în contextul respingerii resimțite în compania celor de aceeași vîrstă și a lipsei de gratificare parentală – precum și tulburări emoționale și de conduită.

Înțelegerea emoțiilor este învațată la vîrstă de sugar, în manieră interactivă de „a da și a primi” cu persoanele semnificative și apoi la vîrstă de preșcolar și școlar cu cei de aceeași vîrstă.

Denham și Dunn (1987) au evidențiat rolul pe care-l joacă părinții în înțelegerea emoțiilor. Învățarea înțelegerei emoțiilor are loc în context social. Bazele sunt puse la

naștere, intimitatea și reciprocitatea în primul an de viață când sugarii pot face discriminarea expresiei faciale a emoțiilor și pot diferenția stările emoționale.

Strategiile interactive din primul an de viață – cum sunt vorbirea direcționată către copil, referirile sociale, concentrarea atenției – contribuie la înțelegerea emoțiilor.

Începuturile dobândirii unor abilități cognitive care permit copilului să înțeleagă starea emoțională a altei persoane fără să resimtă și el, de fiecare dată, aceeași emoție, reprezentă o performanță pe care Harris o numește „înțelegere imaginativă” (Harris 1989 p. 39). Ca să realizeze această „înțelegere imaginativă”, copilul trebuie să stăpânească cel puțin trei capacitați. În primul rând, el trebuie să fie capabil să conștientizeze propriile emoții, ceea ce este facilitat prin limbajul vorbit. În al doilea rând, el trebuie să aibă capacitatea de a „pretinde că”. În al treilea rând, copilul trebuie să fie capabil să distingă între realitate și imagine. Aceste abilități îi vor permite copilului să înțeleagă că sentimentele lui pot fi diferite de sentimentele altei persoane. Copilul trebuie să-și dezvolte capacitatea de a face distincția între dorințele proprii și dorințele celorlalți. În continuare, va fi capabil să-și imagineze sentimentele acestor persoane din perspectiva dorințelor lor (Harris 1989). Harris descrie rolul activ pe care îl are copilul, în al doilea și al treilea an de viață, în poziția de generator de emoție atât în a aduce alinare cât și atunci când e rănit de alții.

Dunn și Monn, în studiile lor privitoare la comportamentele copiilor, au arătat că aceștia utilizează frecvent strategiile de a-i alina pe ceilalți. Copiii de aceeași vârstă sunt parteneri de comunicare și de joc, punând astfel în aplicare abilitățile lor sociale.

În etapa dezvoltării înțelegерii imaginative, frații, surorile și alții copii de aceeași vârstă reprezintă importante surse de informare și feedback, în acțiunile de a da și a primi, precum și în interacțiunile în care sunt nevoiți să-și aștepte rândul. Discuțiile pe care copiii le poartă cu părinții referitor la emoțiile pe care le resimt, au o importanță deosebită în conștientizarea emoțiilor. Capacitatea de a vorbi despre emoții începe în jurul vârstei de 18 luni, iar lexicul de cuvinte necesare pentru descrierea emoțiilor crește semnificativ la vârsta de 3 ani. Între 3 și 5 ani copiii pot comunica verbal observații despre emoțiile lor și ale altora. Cum o parte importantă din exprimarea emoțiilor își are sediul în inflexiunile vocii umane, copilul născut cu deficiență de auz are acces îngreunat nu numai la cuvintele dar și la mesajele paraverbale ale celor din jur. Dacă nu se intervine la timp pentru reabilitarea auzului, el va avea dificultăți atât în ceea ce privește înțelegerea emoțiilor celorlalți cât și în exprimarea propriilor sale emoții prin intermediul limbajului verbal.

Implantul cochlear face posibil accesul la audie și la niveluri de comunicare în limbajul vorbit, care altfel sunt inaccesibile copiilor cu deficiențe de auz severe sau profunde. În ultimii ani, au apărut numeroase publicații referitoare la rezultatele obținute prin intermediul implanturilor cochleare, în domeniul audiei, percepției și dezvoltării limbajului vorbit.

Mai puțin numeroase sunt însă studiile referitoare la rezultatele psihosociale, în special cele care prezintă modalitățile prin care copiii purtători de implant cochlear reușesc, de-a lungul timpului, să obțină un confort psihic satisfăcător și integrarea socială, în rândul semenilor cu auz normal.

În ultimul timp totuși, aspectul social al rezultatelor obținute de către copiii cu implant cochlear au început să se bucure de mai multă atenție în cercetare. Implantarea cochleară pediatrică este utilizată de mai bine de 20 de ani, în multe țări, astfel încât acumularea de rezultate și de date obținute în toți acești ani, începe să ofere informații importante pentru a putea înțelege mai bine impactul asupra copiilor în mai multe domenii de evoluție, în viața de zi cu zi, acasă, la școală și în comunitate, în general.

Beadle și col., în 2005, publică un studiu („Long-term functional outcomes and academic-occupational status in implanted children after 10 to 14 years of cochlear implant use”), din care reiese că progresele obținute pe termen lung în percepția și producerea limbajului vorbit sunt importante. Toți copiii și tinerii intervievați au sau au avut un parcurs școlar satisfăcător, unii dintre ei munesc și își câștigă singuri existența, dar mai ales toți declară că sunt implicați în mod activ în comunitățile în care trăiesc. Studiul arată de asemenea că, în afara operației propriu-zise de implantare, există o serie întreagă de activități pe termen lung, care contribuie în mod hotărâtor la succesul implantului: consiliere, monitorizare audiologică, reabilitare auditiv-verbală, reglajul și verificarea periodică a procesorului de sunet. Geers, Tobey, Moog și Brenner, în 2008, publică un studiu în care arată că implantarea la vîrste preșcolare are impact pozitiv, pe termen lung, asupra dezvoltării auditive și verbale.

Cu toate acestea, chiar și copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear care dezvoltă bune capacitați de folosire a limbajului și poartă cu succes conversații în condiții optime (dialog cu o altă persoană, într-un cadru liniștit), pot avea dificultăți în condiții dificile (interacțiuni sociale care implică grupuri de oameni sau în medii zgombatoase). Vonen și col., în 2007, numesc această situație „surditate socială”. La copii și adolescenți, surditatea socială poate împiedica interacțiunile sociale, cum sunt jocul și conversațiile cu colegii. De

remarcat că fenomenul de "surditate socială" este biunivoc: el este generat nu numai de dificultățile arătate mai sus ale copiilor implantați, ci și de o neînțelegere din partea copiilor cu auz normal asupra dificultăților și abilităților sociale uneori inadecvate ale copiilor hipoacuzici (Martin și Bat-Chava, 2003).

Multe studii cu privire la implicarea socială și bunăstarea psihosocială a copiilor și adolescenților hipoacuzici comparativ cu cele ale semenilor lor care sunt normali din punct de vedere auditiv au arătat că primii întâmpină dificultăți în participarea socială (Charlson, Strong și Gold, 1992; Stinson și Liu, 1999). Ei au dificultăți cu privire la participarea socială și resimt sentimente de singurătate la școală (Byrnes și Sigafoos, 2001; Byrnes și col., 2002; Power și Hyde, 2002, 2005; Kent, 2003; Kent și Smith, 2006; Eriks-Brophy și col., 2006). Există cazuri numeroase legate de problemele sociale (Fellinger, Holzinger, Beitel, Laucht și Goldberg, 2009) și problemele legate de relațiile cu colegii de aceeași vârstă (Remine și Brown, 2010).

În România Necula V. (2011), a publicat în teza sa de doctorat, un studiu referitor la calitatea vieții copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear. Ea a studiat un lot de 84 de copii purtători de implant cochlear și demonstrat că s-a îmbunătățit calitatea vieții pe măsură ce a crescut performanța auditivă.

Wheeler, Archbold, Gregory și Skipp (2007) au interviewat 29 de adolescenți purtători de implant cochlear, cu vârstă cuprinsă între 13 și 16 ani, în cadrul unui studiu calitativ, cu privire la o serie de domenii precum decizia implantării, utilizarea tehnologiei și comunicarea. Tinerii au spus că apreciază ameliorarea interacțiunii lor cu familia și prietenii. Ei au raportat și dificultăți legate de auzul în medii cu zgomot, relativând mai multe aspecte ale relațiilor lor sociale.

Există studii în care nu s-au constatat diferențe între copiii purtători de implant cochlear în comparație cu cei cu auz normal în ceea ce privește bunăstarea socială (Loy și col., 2010, Percy-Smith și alții, 2008, Schorr, 2006; Warner-Czyz și alții., 2009), după cum există și studii în care au fost raportate rezultate care includ și dificultăți de integrare socială pentru copiii sau adolescenții purtători de implant cochlear (Dammeyer, 2010, Huber, 2005, Loy și colab., 2010).

Studiile calitative au relevat dificultăți constante în cadrul interacțiunilor sociale cu colegii cu auz normal (Bat-Chava și Deignan, 2001, Wheeler și alții, 2007). Unele studii care au comparat copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear și cei care nu sunt implantați cochlear nu au constatat diferențe semnificative în ceea ce privește măsurile

psihosociale între cele două grupuri (*Bat-Chava și alții, 2005, Dammeyer, 2010*). Totuși, majoritatea constatărilor din aceste studii de cercetare sunt pozitive și încurajatoare.

Metoda cel mai des aplicată în aceste studii a fost folosirea chestionarelor sau interviurilor tip, concepute pe baza măsurătorilor standardizate. Majoritatea chestionarelor și scalelor utilizate au fost instrumente generice care evaluatează dificultățile psihosociale sau de sănătate, în general. Deși ele nu includ aspecte specifice legate de hipoacuzie și de utilizarea implanturilor cohleare (Huber, 2005; Loy și alții, 2010), au permis totuși acumularea și interpretarea multor rezultate interesante. Metodele calitative (interviurile în detaliu sau semi-structurate) pot surprinde însă cel mai bine experiența trăită în mediile reale ale copiilor și adolescenților cu deficiențe de auz (Byrnes și alții, 2002; Thoutenhooft și alții, 2005).

În aceste studii, fie cantitative, fie calitative, au fost interviewați părinții și profesorii și mai rar copiii și adolescenții hipoacuzici. Rezultatele studiilor în care au fost incluși și adolescenți cu implant cochlear au arătat că problemele sociale și relațiile cu cei de aceeași vîrstă se pot deteriora mai cu seamă în timpul adolescenței.

Avantajele folosirii mai multor surse de date, cum sunt rapoartele copiilor, părinților și profesorilor, au fost puse în evidență în cadrul mai multor studii (Bat-Chava și alții, 2005). De exemplu, rapoartele parentale oferă adesea informații esențiale despre viața de zi cu zi a copiilor (Knoors, Meuleman și Klatter-Folmer, 2003). Informații tot atât de importante, dar surprinse din altă perspectivă, pot fi date și de rapoartele profesorilor din școlile unde învață copii și adolescenți cu implant cochlear. Colectarea opiniei profesorilor, pe baza interviurilor semi-structurate aduce, în general, detalii care altfel (în cazul utilizării instrumentelor de cercetare cu opțiuni predeterminate) nu sunt aduse la lumină, permitând obținerea unei imagini mult mai pertinente despre integrarea socială a copiilor, în mediul școlar.

Este foarte important însă ca studiile să includă, dacă este posibil și opinile persoanelor direct interesate: copiii și adolescenții cu implant cochlear. Astfel, un important studiu realizat de Punch și Hyde în 2011, care prezintă rezultate privitoare la integrarea socială și educațională a copiilor cu implanturi cohleare în statele din estul Australiei, interviewează trei grupe de participanți: părinți, profesori și copii/adolescenți hipoacuzici, cu implant cochlear. Copiii și adolescenții interviewați au, în medie, 10 ani de experiență cu implantul cochlear. De remarcat că Australia are un mare număr de copii hipoacuzici

integrați în învățământul de masă (estimativ, 83%, dintre ei), beneficiind deajutor pedagogic itinerant (*Hyde și Power, 2003*).

În general, rezultatele obținute de la cele trei grupuri de participanți se coroborează reciproc. Analiza datelor obținute a permis punerea în evidență a unor importante aspecte favorabile, legate de prezența implantului cochlear: toate cele trei grupuri de participanți au exprimat opinii pozitive cu privire la rolul implanturilor cochleare în viața lor; situațiile sociale de tip "de la egal la egal" sunt experimentate în mod pozitiv; unii copii și adolescenți sunt foarte sociabili și își fac ușor prietenii printre semenii lor cu auz normal. Cu toate acestea, aproape toți părinții și profesorii și-au exprimat îngrijorarea cu privire la aspectul social al vieții copiilor lor. Printre temele de preocupare majoră care au rezultat din analiza datelor se află „surditatea socială” (adică fenomenul pierderii auzului în situațiile sociale, inclusiv utilizarea telefonului), dificultatea de a sesiza nuante verbale în situațiile sociale, dificultatea de a lega prietenii și unele aspecte legate de adolescență. În mare, se pare că dificultățile copiilor cu implanturi cochleare de a lega prietenii cu semenii lor cu auz normal sunt foarte asemănătoare cu cele ale copiilor hipoacuzici fără implanturi cochleare, pentru care aceste probleme sociale au fost raportate în literatură (*Bat-Chava și Deignan, 2001; Punch și Hyde, 2005; Antia, Sabres și Stinson, 2007*).

Funcționarea armonioasă psiho-socială a unei persoane depinde în foarte mare măsură de un nivel ridicat al stimei de sine. Stima de sine, la rândul ei, este dependentă în mare măsură de nivelul de asimilare a limbajului și de abilitățile de comunicare. Or, adesea, copiii cu deficiențe de auzau un nivel mai scăzut de limbaj și abilități de comunicare limitate, ceea ce provoacă, cel puțin în parte, niveluri mai scăzute ale stimei de sine. Un studiu efectuat de S. Theunissen și col., în 2014 a comparat stima de sine a copiilor hipoacuzici în mai multe domenii cu cea a copiilor cu auz normal. Domeniile vizate în mod explicit au fost: acceptarea socială percepță de către colegi, atenția părintească percepță de către copiii hipoacuzici, aspectul fizic percepță de către copiii hipoacuzici și stima de sine globală a copiilor hipoacuzici. Echipa de cercetători a căutat să determine în ce măsură este influențat nivelul stimei de sine de către mijloacele de comunicare, tipul de educație și caracteristicile audiológice. Această cercetare amplă (N = 252) retrospectivă, multicentrică, a constat din studiul a 123 copii hipoacuzici și 129 cu auz normal cu vârstă medie de 11,8 ani. În cadrul acestui studiu, copiii hipoacuzici au prezentat un nivel mai scăzut al stimei de sine în comparație cu copiii cu auz normal, din grupul de control. Dintre copiii hipoacuzici, cei care urmăseră cursurile speciale, prezintau un nivel mai

scăzut al stimei de sine decât ceilalți copii hipoacuzici, în ciuda faptului că posedau abilități lingvistice corecte și un nivel normal de inteligență. Totuși, nivelurile de stimă de sine globală și stimă de sine care implică aspectul fizic sunt egale, între copiii cu hipoacuzie și copiii cu auz normal. S-a constatat că vârsta mai mică la implantare și durata mai lungă a purtării implanturilor coahleare erau correlate cu niveluri mai ridicate ale stimei de sine. Copiii hipoacuzici prezentați au niveluri mai scăzute ale stimei de sine în domeniile sociale. Totuși, nu se poate trage o concluzie generală cum că toți copiii cu implant cochlear ar avea niveluri mai scăzute ale stimei de sine în domeniile sociale, deoarece există o variabilitate ridicată a nivelului stimei de sine, datorită heterogenității populației hipoacuzice. De aceea, copiii cu implant cochlear trebuie tratați individual, de la caz la caz: medicii și personalul de specialitate care lucrează cu acești copii trebuie să țină seama sistematic de factorii de risc și de protecție pentru stima de sine. Ei trebuie sprijiniți în mod particular, pentru a le oferi posibilitatea de a-și dezvolta întregul potențial.

O mare parte a studiilor care raportează prevalența problemelor de sănătate mintală în rândul copiilor și adolescenților hipoacuzici s-a bazat pe rapoartele părinților (*Van Gent, Goedhart, Hindley, Treffers și Warren, 1997; Van Eldik, Treffers, Veeman și Verhulst, 2004*) obținute prin intermediul chestionarului CBCL (Child Behaviour Checklist) a sistemului ASEBA (Achenbach și Rescorla, 2001). Câteva studii au investigat prevalența problemelor de sănătate mintală prin colectarea datelor chiar de la copiii și adolescenții hipoacuzici, evidențiindu-se rate variabile de prevalență. Wallis, Musselman și MacKay (2004) au folosit ca instrument YSR (Youth Self-Report) din ASEBA și au raportat faptul că 54% dintre elevii hipoacuzici se confruntă cu o problemă de sănătate mintală. Van Eldik (2005) a folosit YSR și a constatat că 39% dintre băieți și 34% dintre fete au raportat probleme. Un studiu efectuat în anul 2015 în Australia de către Brown M. și Cornes A., pe un lot de 85 de subiecți format din copii și adolescenți cu diverse grade de hipoacuzie, purtători de implant cochlear sau de aparate auditive convenționale și copii și adolescenți cu auz normal a investigat prin intermediul YSR problemele de sănătate mintală apărute. Rezultatele au arătat că, pe ansamblu, copiii și adolescenții hipoacuzici au un nivel crescut de probleme de sănătate mintală în comparație cu cei cu auz normal. Studiul sugerează legături semnificative între problemele sociale, comportament, comunicare și sănătatea mintală.

Fellinger și col., 2009, au arătat că adolescenții hipoacuzici suferă de rate ridicate de depresie, în timp ce Cornes și col., 2006, au constatat o prevalență mai mare a insingurării

si depresiei, a manifestarilor somatice, a problemelor sociale și a problemelor de gândire, în comparație cu copiii cu auz normal de aceeași vârstă.

Au fost raportate asocieri semnificative:

- între gradul hipoacuziei și prezența problemelor emoționale și comportamentale (Mejstad, Heiling și Svedin, 2009).
- între gradul hipoacuziei și prezența problemelor de sănătate mintală (Van Gent, Goedhart și Treffers, 2012).
- între problemele de ordin social, comportamental și comunicațional și problemele de sănătate mintală (Brown M. și Cornes A., 2015).

Mejstad și col., 2009, au raportat o asociere cu genul, băieții având mai multe probleme de sănătate mintală decât fetele.

Inițial s-a considerat că apariția tulburărilor emoționale și de comportament este provocată de tulburările de auz dar, la ora actuală, ipoteza predominantă este că copiii hipoacuzici manifestă mai multe probleme de comportament din cauza frustrărilor lor legate de comunicare (Fellinger, Holzinger și Pollard, 2012). Procesul de comunicare cu familia și colegii este esențial atât pentru construirea conștiinței și stimei de sine cât și pentru construirea propriei identități și, deci, este determinant pentru sănătatea mintală.

2 Reabilitarea auditiv-verbală post-implant cochlear

2.1 Abordarea multidisciplinară a copilului cu implant cochlear și a familiei sale

Evaluarea copilului candidat pentru implant cochlear trebuie să fie făcută de o echipă multidisciplinară, compusă din specialiști din domeniile O.R.L., audiolgiei, psihologiei, neurologiei și psihiatrie infantile, terapiei auditiv-verbale, logopediei și educației. În funcție de circumstanțe și de nevoile copilului, pot interveni și alți specialiști din alte discipline. Familia joacă un rol important în cadrul acestei echipe. Ea contribuie cu informații concrete despre copil și despre strategiile lui de comunicare în viața de zi cu zi. Echipa de specialiști are responsabilitatea să comunice familiei toate informațiile cu privire la implantul cochlear și la reabilitarea auditiv-verbală pe termen lung, precum și la așteptările realiste pe care familia este îndreptățită să le aibe.

Etapele diagnosticării și intervenției care sunt recomandate de specialiști și care ar trebui respectate în mod ideal sunt ilustrate în figura de mai jos (Georgescu, M. 2018).

Etapele diagnosticării hipoacuziei și intervenției

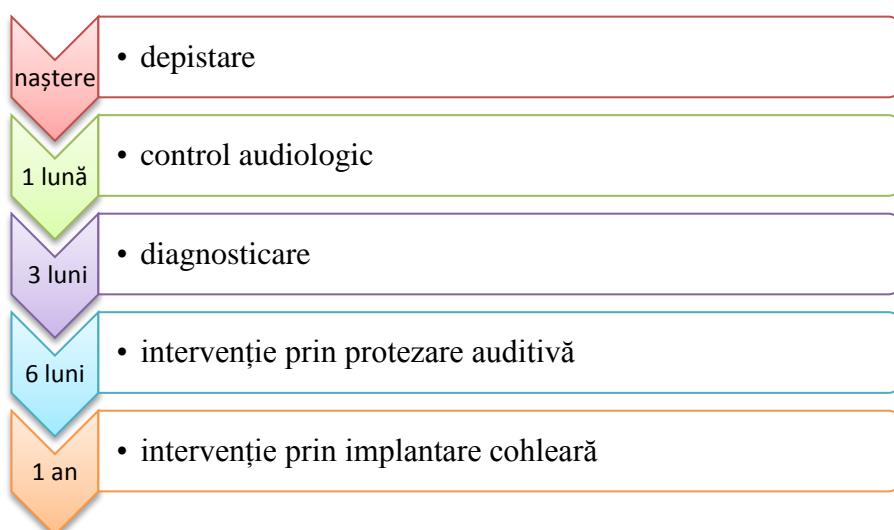


Fig. 2.1.

Hipoacuzia copilului este o dizabilitate insidioasă, greu de constatat la vârste mici. Până la o anumită vîrstă, copilul hipoacuzic are o dezvoltare psihomotorie aparent normală, care înseală cu ușurință o persoană neavizată. Mici neregularități există, dar ele pot fi detectate numai în cadrul unei urmări atente a copilului, din partea părintelui sau a persoanei de îngrijire. În absența unei astfel de supravegheri, deseori hipoacuziile copiilor

rămân neobservate până la vîrste de 4-5 ani, deoarece copiii reușesc să elaboreze strategii cu ajutorul cărora conturnează dificultățile de auz. Dacă hipoacuzia nu este însotită și de altă dizabilitate, copiii pot să mimeze o dezvoltare normală. În general, părinții încep să se îngrijoreze doar atunci când își dau seama că limbajul copilului lor este redus și necorespunzător vîrstei.

În momentul în care deficiență auditivă este diagnosticată și anunțată, părinții pot ignora informațiile specialiștilor referitoare la etapele reabilitării auditiv-verbale a copilului hipoacuzic. Acest lucru poate genera așteptări nerealiste din partea părinților. Uneori, durerea și uimirea provocate de aflarea diagnosticului sunt atât de mari, încât părinții nu pot asimila, în același timp, indicațiile, explicațiile și sfaturile specialistului. Aparentă lipsă de reacție din partea părinților poate fi interpretată, în mod greșit, că fiind indiferență, neglijență sau amânare în luarea unei decizii adecvate, ceea ce poate produce o tensiune în relația părinte-specialist.

De aceea, este nevoie de o echipă multidisciplinară, capabilă să sesizeze semnalele părinților și nevoile copilului, gata să ofere sprijin și informații sub o formă adecvată. În astfel de situații, sprijinul psihologic oferit familiei este deosebit de prețios.

Pronunțarea diagnosticului de hipoacuzie a copilului, poate provoca părinților o stare de criză psihică. În funcție de caracteristicile lor psihologice și de temperament, de calitatea sprijinului oferit de familie și de anturaj, precum și de felul în care s-a petrecut comunicarea diagnosticului, de către specialist, părinții vor fi capabili să depășească acest moment, mai devreme sau mai târziu. În intervalul de timp dintre momentul diagnosticării și intervenția propriu-zisă, părinții trec, în general, prin mai multe faze, descrise și explicate în cele ce urmează. (*Fazele crizei psihice a părinților după comunicarea diagnosticului; adaptare după Hall și Gerunwalt, apud V. Stan „Sindromul Down de la îngrijire, la înțelegere și acceptare” p. 148*)

Fazele crizei psihice a părinților după comunicarea diagnosticului

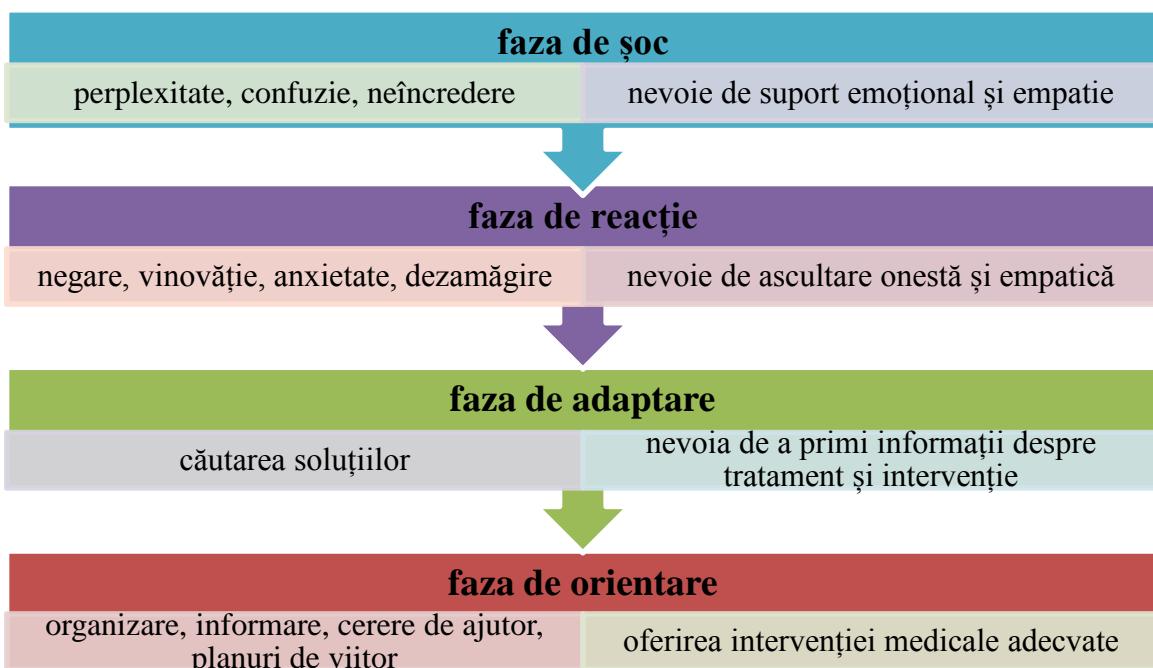


Fig. 2.2.

Venirea pe lume a unui copil într-o familie de cele mai multe ori este un eveniment fericit. Părinții îl așteaptă cu nerăbdare și se proiectează în viitorul lor de părinți în tot felul de situații în care copilul este sănătos, deștept, frumos.

Aflarea veștii despre deficiență auditivă a copilului lor determină prăbușirea viselor de perfecțiune țesute de-a lungul lunilor sau anilor. Ea bulversează în mod considerabil și mai ales ireversibil planurile de viitor ale părinților și ale familiei, în general. Anxietatea și durerea resimțite de către părinți înllocuiesc brusc bucuriile asociate în mod normal cu creșterea și educarea copilului. Părinții trăiesc o amplă defazare între dorințele lor și realitatea care vine să acompanieze amărăciunea profundă provocată de înțelegerea faptului că copilul lor are o deficiență pe care nimeni nu o poate rezolva rapid. Dacă până în momentul diagnosticării viața de familie se desfășura firesc, dintr-o dată, ea își pierde echilibrul, capătă o dinamică neașteptată, într-un alt sistem de referință, pentru care nici unul dintre părinți nu este pregătit.

Părinții care află că au un copil cu deficiență de auz, se văd puși brusc într-o situație ireversibilă: sunt nevoiți să-și „abandoneze” copilul lor *ideal* și să-l „adopte” pe cel *real*. Stările prin care trec părinții după ce află diagnosticul sunt foarte asemănătoare cu cele întâlnite în procesul de doliu.

Prima fază, cea a şocului iniţial, se caracterizează prin refuzul de a accepta realitatea diagnosticului şi printr-o stare că de amorţeală a simptomelor şi a capacitaţii de a înțelege. Faza următoare se caracterizează printr-o stare de revoltă şi prin căutarea unui sens. În continuare, începe căutarea explicaţiilor şi a înțelegerei conţinutului diagnosticului de hipoacuzie. Succesiunea acestor faze poate dura zile, săptămâni, luni sau chiar ani de zile. În tot acest timp, familia are nevoie de ajutor specializat pentru înțelegerea şi depăşirea cu cât mai puţine daune psihice a fazelor pe care le traversează şi reducând, pe cât posibil, eventualele influenţe negative asupra copilului. Consilierea parentală este necesară atât în momentul anunţării diagnosticului, cât şi în cel al intervenţiei şi reabilitării ulterioare. Cu cât părinţii vor înțelege mai bine care este misiunea lor, cu atât colaborarea în cadrul echipei multidisciplinare va fi mai valoroasă, în beneficiul copilului.

2.2 Rolul familiei în reabilitarea auditiv-verbală a copilului cu implant cochlear

Fiecare copil e unic, fiecare familie e unică. Fiecare are modul său specific de viaţă şi stilul său de învăţare (*Luterman 1991*). Dezvoltarea comunicării şi a capacitaţii de înțelegere variază de la copil la copil, de la familie la familie.

Părinţii au un rol foarte important în dezvoltarea precoce a limbajului şi în utilizarea optimă a implantului cochlear de către copil. Succesul reabilitării auditiv-verbale depinde de gradul şi eficienţa implicării părinţilor, a familiei largite şi a mediului social. Părinţii au nevoie uneori de ajutor din partea specialiştilor pentru a putea evita atitudinea directivă şi de control şi a păstra comunicarea firească în interacţiunea avută cu copilul. În România, părinţii sunt tentaţi să preia şi acasă acest rol directiv al specialistului ceea ce are un efect negativ asupra relaţiei lor părinte-copil. Majoritatea părinţilor îşi doreşte din partea copiilor să fie capabili să audă, să înțeleagă şi să vorbească.

Aproximativ 90-95% dintre copiii cu hipoacuzii congenitale se nasc în familiile cu părinţi care au auz normal şi care folosesc limbajul verbal (*Moors 2011; Mitchell şi Karchmer, 2004*). Părinţii, animaţi de dorinţa de a adopta modalităţile cele mai eficiente de comunicare cu copilul lor, sunt în permanentă căutare şi autoanaliză critică, astfel că metodele pe care le folosesc nu au întotdeauna suficientă coerenţă şi constanţă. În felul acesta, se pot crea şi amplifica dificultăţile de comunicare între părinte şi copil (*Hintermair, 2006*).

Accesul copiilor hipoacuzici la învățarea incidentală în contextul școlar și al familiei este limitat din cauza dificultăților de comunicare și a deficienței senzoriale. Copiii hipoacuzici pot prezenta dificultăți în ceea ce privește gândirea abstractă și în soluționarea unor probleme, ceea ce afectează negativ dezvoltarea lor academică (Marschark, 1993). Copiii hipoacuzici crează mai greu relații cu copiii de aceeași vârstă. Dezvoltarea stimei de sine este afectată la copiii hipoacuzici (Easterbrooks și Scheetz, 2004).

Progresul copiilor cu implant cochlear depinde de un mare număr de variabile:

- Vârsta diagnosticării
- Cauza hipoacuziei
- Gradul hipoacuziei
- Eficacitatea implantului cochlear
- Eficacitatea reglajelor procesorului de sunet
- Potențialul auditiv al copilului
- Starea de sănătate a copilului
- Statusul emoțional al familiei
- Nivelul de implicare a familiei
- Abilitățile terapeutului
- Abilitățile părinților sau ale persoanei de îngrijire
- Stilul de învățare al copilului
- Inteligența copilului

Rolul familiei este extrem de important. Ascultația, limbajul și vorbirea sunt învățate de copil prin expunerea la mediu sonor și limbaj. De aceea, familia trebuie să primească informațiile corecte privind modalitățile optime de realizare a acestui lucru. Pentru un copil, cântecele și poeziiile stimulează auzul și vorbirea, și introduc elemente noi de fiecare dată. Jocurile și activitățile recreative zilnice care cuprind anumite caracteristici ale limbajului sunt incluse de asemenea în lista strategiilor de stimulare a auzului și a vorbirii. Întregul proces trebuie să fie monitorizat îndeaproape cu scopul de a observa progresele copilului. În funcție de progrese, specialiștii adaptează și ajustează programul individualizat de reabilitare având ca obiectiv principal îmbunătățirea rezultatelor viitoare ale copilului.

În general, copiii cu implant cochlear înregistrează progrese importante în perceperea sunetelor, în achiziționarea limbajului, în vorbire și competențele conversaționale. Uneori

însă aceste progrese sunt insuficiente. Progresele în înțelegerea și utilizarea limbii vorbite prin intermediul audiției nu pot fi anticipate înainte de implantare. Progres, în situația de față, înseamnă micșorarea decalajului dintre vârsta auditivă și cea biologică. Procesul de reabilitare trebuie să urmărească un plan de lucru personalizat iar acest plan trebuie în permanență reajustat, în funcție de progresul real al copilului. Obiectivul este ca la final, copilul să fie capabil să susțină conversații în medii diferite de zgomot ambiental. Mulți copii însă nu sunt capabili să atingă acest obiectiv. În acest caz, obiectivul final va consta în detectarea sunetelor și capacitatea de a purta o conversație în mod fluent.

2.3 Reabilitarea auditiv-verbală

Pentru a ne putea referi la reabilitarea auditiv-verbală post-implant cochlear trebuie să precizăm aspectele legate de terminologia folosită și încetătenită în studiile de specialitate. Termenul de „reabilitare” se referă la procesul de recuperare auditiv-verbală care intervine după implantarea cochleară pentru o persoană devenită hipoacuzică postlingual, care și-a pierdut auzul iar apoi învață să audă din nou, în timp ce termenul de „abilitare” se referă la procesul de recuperare care intervine după implantarea cochleară în cazul unei persoane născute cu deficiență de auz, prelingual, care învață să audă pentru prima dată.

Este necesară această precizare cu mențiunea că deși există o diferență între cei doi termeni, în studiile de specialitate se preferă sintagma de „reabilitare” în ambele cazuri. Același termen va fi folosit și în această lucrare de cercetare.

După implantarea cochleară, în momentul activării procesorului de sunet, persoana primește o stimulare auditivă percepță de creier ca semnal sonor. Decodificarea acestui mesaj nu se face imediat. Este nevoie de un antrenament auditiv susținut și de lungă durată înainte de obținerea abilităților de a detecta, discrimina și înțelege sunetele. Perioada de timp a antrenamentului auditiv diferă de la o persoană la alta. Obiectivul final este acela de a recunoaște nu doar sunetele, ci și cuvintele vorbite în limba utilizatorului. Înțelegerea semnificației sunetelor este un proces care se perfecționează în timp, la fel ca la copiii fără deficiență auditivă.

Procesul de învățare a vorbirii este complex și se bazează foarte mult pe capacitatea copilului de a auzi. El nu este încă pe deplin elucidat, dar s-a dovedit că pentru a învăța vorbere, copiii trebuie să aibă acces la toate sunetele din limba vorbită și la nenumărate ocazii de a o asculta, pentru ca, la rândul lor, să o poată vorbi. În cazul unui copil hipoacuzic prelingual care primit implantul cochlear cât mai devreme în primii ani de viață,

reabilitarea auditiv-verbală are toate şansele să urmeze aceleaşi etape ca şi dezvoltarea auzului şi a limbajului unui copil fără deficienţă auditivă. În cazul persoanelor care devin hipoacuzice postlingual, reabilitarea lor după implantarea cochleară va consta mai ales într-o reînvățare şi o recunoaştere a cunoştinţelor preexistente, în funcţie de vârstă la care s-a instalat hipoacuzia.

S-a observat şi documentat faptul că sunt multe variabile care afectează calitatea şi timpul necesare dezvoltării limbajului, cogniţiei şi abilităţilor de comunicare (*Ling, 1990*).

2.3.1 Tehnici clasice de reabilitare auditiv-verbală. Terapia auditiv-verbală.

Reabilitarea auditiv-verbală în rândul copiilor purtători de implant cochlear este rezultatul progreselor medicinei şi tehnologiei ultimilor ani.

Progrese importante au cunoscut, de asemenea, şi procedurile de tratament şi tehniciile auditiv-verbale menite să ajute copiii hipoacuzici după implantarea cochleară. Rolul acestor proceduri şi tehnici este acela de a ajuta copiii hipoacuzici să audă, să decodifice şi să înțeleagă semnalul sonor astfel încât să poată comunica prin vorbire. Primii cercetători în comunicare auditiv-verbală care au introdus un set de instrucţiuni şi linii directoare menite să ajute copilul cu implant cochlear şi familia sa în procesul de reabilitare au fost Dorian Pollack, Daniel Ling şi Helen Beebe. (Estabrooks, W. (2006). *Auditory-Verbal Therapy and Practice*. Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of hearing; p.2)

„A auzi” este diferit de „a asculta”. „A auzi” un stimul acustic înseamnă captarea acestuia, transformarea lui în semnal nervos specific, conducerea pe căi nervoase specifice către creier, în zone specifice, unde stimulul acustic iniţial este analizat şi interpretat. „A asculta” presupune în plus angajarea intenţionată în evenimentul acustic, din partea persoanei care aude. Ne putem axa pe ascultare aşadar, doar după ce auzul este antrenat corespunzător şi nu înainte. Această secvenţiere este deosebit de importantă şi trebuie bine înțeleasă în procesul de reabilitare.

Reabilitarea auditiv-verbală trebuie considerată şi abordată că parte a unui tot echilibrat compus din abilităţi diferite, nu doar auditive şi verbale. Aceste abilităţi se achiziţionează şi se dezvoltă, în perioade specifice de dezvoltare. Dezvoltarea lor prezintă multe aspecte de interdependenţă. Se operează aşadar într-o paradigmă developmentală specifică de dezvoltare şi nu într-una de tip reparator, recuperator.

Modelul de recuperare ieșe din sincronia de dezvoltare și se caracterizează prin contracararea organizării neuronale inițiale reorganizându-se conexiunile cerebrale în funcție de stimuli diferenți. Acest proces necesită timp îndelungat, practică și multe exerciții specifice. Cu cât absența stimulării sonore este mai îndelungată, cu atât are loc o reorganizare cross-modală prin care capacitatea auditivă neuronală este redusă, în timp ce sunt stimulate alte simțuri, în special vederea.

Astfel, reabilitarea auditiv-verbală trebuie realizată în cadrul unei paradigmă de învățare și dezvoltare integrale, și nu în cadrul uneia de reparare distinctă a abilităților auditiv-verbale.

Rezultatele proiectului Colorado din 1998 au arătat că există o corelație strânsă între vîrstă la care se face implantarea cochleară și obținerea inteligenției vorbirii. Astfel, dacă implantarea are loc până la vîrstă de 18 luni, rata de reușită este de 90%. Dacă implantarea este realizată între 2 și 4 ani, doar 80% dintre copii obțin nivelul optim de inteligență a vorbirii (Yoshinaga-Itano, Sedey, Coulter și Mehl, 1998; Yoshinaga-Itano, 1998; 2004).

Scopul vizat este de a realiza sincronia în dezvoltare astfel încât să fie dobândite și stăpânite diferențele abilități la momentul optim de dezvoltare a copilului, iar decalajul în comparație cu situația normală să fie cât mai redus, dacă nu inexistent.

Terapia auditiv-verbală este o abordare educațională din ce în ce mai folosită la nivel mondial de către logopezi și părinți ai copiilor purtători de implant cochlear. Ea se axează pe dezvoltarea audierii și a limbajului, pentru ca ulterior, copiii să se poată integra în învățământul de masă.

Cum am arătat anterior, implantarea cochleară timpurie, într-o anumita perioadă scurtă de sensibilitate corticală („perioada sensibilă”) permite maturarea corticală adecvată, având ca rezultat așteptat dezvoltarea percepției vorbirii și dobândirea limbajului oral.

Stimularea auditivă activează organizarea și maturarea căilor auditive ale creierului, permitând copilului să înțeleagă ceea ce aude. Așadar, stimularea auditivă și intervenția educațională timpurie sunt esențiale pentru dezvoltarea centrilor auditivi din creier.

Terapeutul auditiv-verbal (logoped, psiholog, audiolog sau defectolog) este specialistul care acționează conform principiilor abordării auditiv-verbale. Terapeuții auditiv-verbali dobândesc o experiență clinică avansată prin cursuri academice organizate de centrele speciale de terapie auditiv-verbală și/sau de experți auditiv-verbali.

Logopedul (specialistul în terapia limbajului), trebuie să fie implicat activ atât înainte, cât și după implantare. Înainte de implantare, logopedul joacă un rol critic în conturarea

potențialului candidatului pentru implantare cochleară. El folosește criterii specifice de selecție, cum sunt vârsta, nivelul cognitiv, limba curentă și capacitatea de comunicare, cu scopul de a identifica factorii care vor avea un impact asupra rezultatului așteptat. Obținând și corelând aceste date între ele, logopedul participă la planificarea adecvată a viitorului plan de reabilitare.

După implantare, logopedul poate interveni în planificarea programelor, plasarea școlară și stabilirea obiectivelor pentru intervenția de reabilitare. În unele cazuri, logopedul poate fi, de asemenea, persoana care intervine și oferă servicii de terapie și supraveghere continuă a evoluției copilului, alături de audiolog care are rolul de a monitoriza reglajul procesorului și tot ceea ce ține de partea tehnică a implantului cochlear.

Realizarea planului de reabilitare auditiv-verbală depinde într-o foarte mare măsură de înțelegerea, din partea părinților și copiilor, a faptului că reabilitarea este un proces de lungă durată, pe parcursul căruia operația chirurgicală este doar o primă etapă și că acest proces este specific fiecărui copil. Este dovedit că suportul familial este un element crucial în succesul lingvistic după implantarea cochleară (Geers 2002).

În general, copiii sunt familiarizați cu sunetele cu mult timp înainte să înceapă să vorbească. Pentru a acorda semnificație mesajului sonor ei trebuie să fie mai întâi familiarizați cu sunetele. Cu alte cuvinte, limbajul receptiv apare cu mult înaintea celui expresiv.

În cadrul procesului de reabilitare auditiv-verbală copilul trebuie să parcurgă mai multe etape.

Etapele reabilitării auditiv-verbale

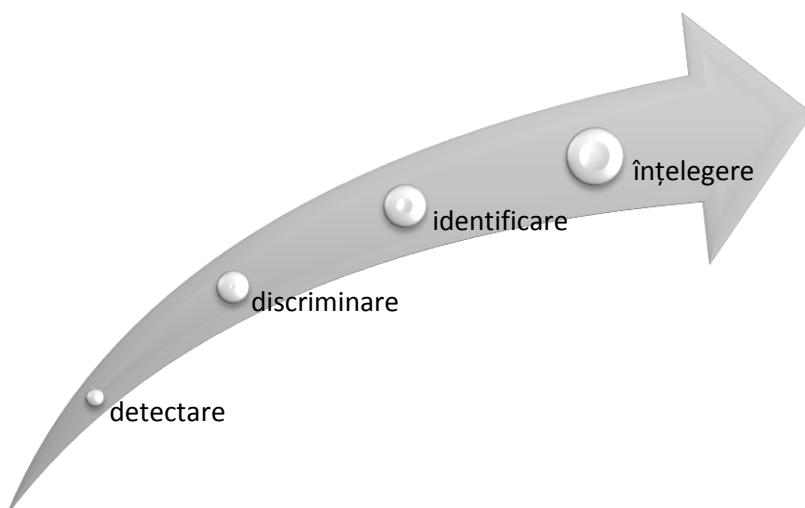


Fig.2.3.

Prima etapă în procesul de reabilitare este dobândirea capacitatei de detectare a sunetului, adică a capacitatei de a detecta prezența sau absența unui sunet. Copilul învăță să fie receptiv la sunete și să reacționeze în mod adecvat la ele, în funcție de natura și caracteristicile acestora: își îndreptă ochii înspre sursa sonoră, întoarce capul, tresare, încețează o anumită activitate în care era angajat anterior, vocalizează, etc. Treptat, copilul devine conștient de prezența sunetelor din mediul său înconjurător și, încetul cu încetul, ajunge să identifice o mare varietate de sunete și zgomote. Apoi, copilul reușește să asocieze sunetele auzite cu imaginea sursei declanșatoare. În această etapă, copilul ar trebui să fie capabili să detecteze sunete din spectrul vorbirii: m, a, o, e, s, ș, t, h, p, situate în zone frecvențiale diferite. („Ghid de bune practici pentru educarea copiilor cu deficiență de auz”, 2018)

Spectrul vorbirii în funcție de graficul audiogramei

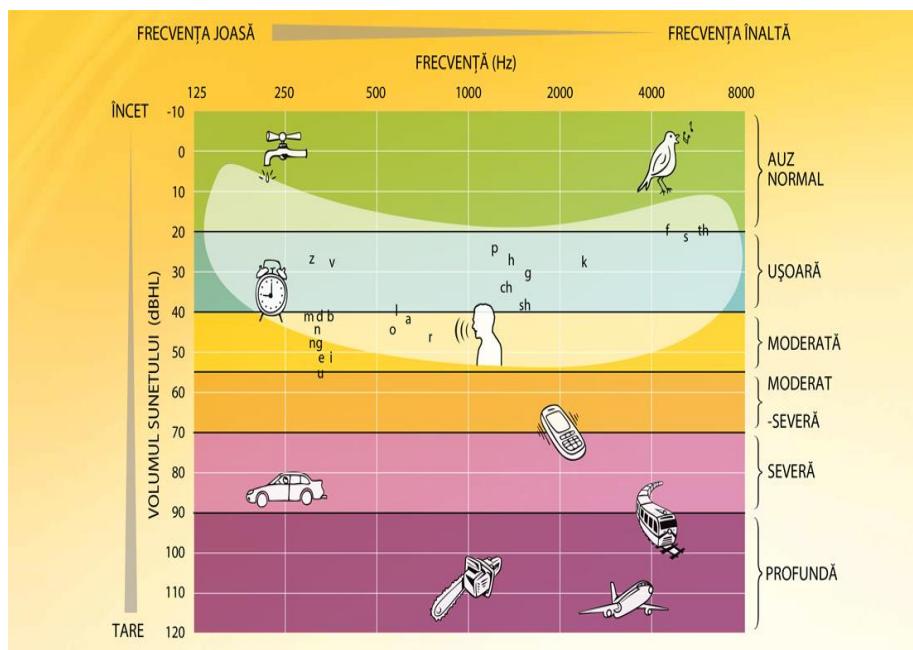


Fig. 2. 4. Sursa: <http://vreausaaud.ro/intelgere-hipoacuzie/>

Tot în această etapă, copiii pot fi antrenați să indice prezența sunetului într-un context ludic (aruncarea bilelor într-un coș, încastrarea unor figurine la locul potrivit, inserarea formelor pe un băț, etc.).

În etapa a doua, copiii vor deveni capabili să perceapă asemănările și deosebirile dintre doi sau mai mulți stimuli auditivi, ceea ce le va da posibilitatea discriminării sunetelor.

Etapa a treia este cea a identificării sunetelor prin repetarea sau indicarea verbală a stimulilor sonori percepți. Copiii devin capabili să distingă un sunet anume dintr-o combinație de mai multe sunete.

În sfârșit, în ultima etapă, copiii dobândesc capacitatea de a înțelege și a folosi vorbirea. Rând pe rând, ajung să înțeleagă sensul cuvintelor, apoi sensul asocierii cuvintelor în propoziții, apoi devin capabili să răspundă la întrebări, să execute instrucțiuni și să participe la conversații.

Până în prezent, studiile cu privire la gradul de reușită a implantului cochlear din punctul de vedere al înșurării limbajului, deci al reabilitării auditiv-verbale, sunt contradictorii deoarece sunt influențate de un număr mare de variabile individuale care țin de starea și particularitățile pre- și post-implantare. Cățiva dintre factorii importanți care influențează reușita implantului sunt:

- Debutul hipoacuziei
- Vârsta de implantare
- Auzul rezidual
- Beneficii în urma purtării aparatelor auditive convenționale pre-implantare
- Patologii asociate
- Suportul familial
- Participarea la programul de reabilitare auditiv-verbală pre- și post-implantare cochleară
- Timpul de purtare al implantului cochlear

Cu toate acestea se poate spune că indiferent de performanțele obținute, implantarea cochleară aduce un plus în viața copiilor hipoacuzici.

Deși implantarea precoce a sugarilor și a copiilor de vîrstă mică este o condiție pentru ameliorarea auzului și învățarea limbajului vorbit, aceasta reprezintă doar primul pas, foarte important, pe calea învățării și integrării sociale a acestor copii. Copiii cu implant cochlear trebuie sprijiniți îndeaproape, în continuare. Trebuie să existe o colaborare strânsă între familie și specialiști în ceea ce privește dezvoltarea socială și academică a copiilor, astfel încât potențialul implantului să fie realizat pe deplin.

2.3.2 Tehnici terapeutice complementare de reabilitare auditiv-verbală

În afara tehniciilor terapeutice de reabilitare auditiv-verbală, în ultimii ani au existat încercări de completare a paletei acestora prin intermediul tehniciilor complementare, cel

mai des utilizată fiind meloterapia (terapia prin intermediul muzicii și a sunetelor). Pe lângă aceasta, alte două tipuri de tehnici complementare: terapia prin joc și dramaterapia își dovedesc tot mai mult utilitatea și vor fi aduse în discuție, în subcapitolele următoare.

Introducerea terapiei prin joc și dramaterapiei în România s-a realizat în anul 2009 odată cu înființarea Școlii de terapie prin joc și dramaterapie. Promotoarea acestei școli este Sue Jennings, figură de referință în promovarea terapiei prin joc și dramaterapiei mondiale. Activitatea să susținută timp de peste 50 de ani, a marcat generații întregi de terapeuți din Anglia, Grecia, Israel, Malaesia și România ce își aduc contribuția la dezvoltarea acestor tipuri terapeutice creative.

2.3.2.1 Terapia prin joc

„Jocul ne menține sănătoși într-o lume nesănătoasă” Fraser Brown

În ultimii ani, din ce în ce mai mulți specialiști din domeniul sănătății mintale au observat că jocul este la fel de important pentru fericirea și bunăstarea umană ca și dragostea și munca (Schaefer, 1993). De altfel, ideea că jocul este esențial pentru om a fost abordată de mai mulți mari gânditori ai omenirii, printre care Aristotel și Platon.

Prin Convenția Statelor Unite asupra Drepturilor Copilului, statele membre, printre care și România, recunosc dreptul copilului de a se odihni și de a petrece timpul liber, de a se angaja în activități recreative și de joc adecvate vîrstei și de a participa liber la viața culturală și artistică. (UNICEF 1991)

Jocul adâncește cunoașterea de sine, auto-exprimarea și auto-eficacitatea. Jocul ne atenuează stresul și plăcileală, ne ajută la crearea unor legături pozitive cu ceilalți oameni, ne stimulează gândirea și explorarea creativă, ne regleză emoțiile și ne sporește încrederea în propriile capacitați (Landreth, 2002). Mai mult, jocul ne permite să ne exersăm abilitățile și rolurile necesare pentru supraviețuire. Învățarea și dezvoltarea sunt cel mai bine realizate prin joc (Russ, 2004). (*Play Therapy Makes Difference - Association for Play Therapy U.S.A* <http://www.a4pt.org/page/>)

Potrivit lui Erik Erikson și altor cercetatori, jocul le facilitează copiilor dobândirea controlului asupra conflictelor și frământărilor lor.

Pentru a stimula funcționarea psihică la un grad cât mai înalt, este foarte important ca jocul imaginativ al emisferei drepte a creierului să fie dezvoltat în echilibru cu logica, sarcinile și abilitățile emisferei stângi. Ambele emisfere au nevoie de stimuli și de expresie pe parcursul vieții noastre. (Jennings 2004)

Terapia prin joc se referă la o metodă de psihoterapie în care terapeutul folosește fanteziile copilului și semnificațiile simbolice ale jocului său ca mijloc de înțelegere și comunicare cu copilul. Scopul jocului terapeutic este acela de a atenua aspectele comportamentale și emoționale care interferează în mod negativ cu funcționarea normală a copilului. În mod inerent, odată cu realizarea acestui scop, se va obține și ameliorarea comunicării și înțelegerii între copil și familie și mediul în care se află.

Noțiunea de terapie prin joc a apărut la începutul secolului al XX-lea, referindu-se la mai multe metode de tratament, dar care – toate – se bazau pe beneficiile terapeutice ale jocului. Jocul terapeutic diferă de jocul obișnuit prin aceea că terapeutul îl ajută pe copil, prin intermediul jocului, să se exprime și să-și rezolve propriile probleme.

Terapia prin joc se întemeiază pe însușirea naturală pe care o au copiii de a învăța despre ei însiși și despre relațiile cu lumea din jurul lor (Axline, 1947; Landreth, 2002; Carmichael, 2006).

Terapia prin joc conduce la îmbunătățirea exprimării verbale a copilului. Comunicarea sa cu cei din jur este ameliorată. Această terapie facilitează exprimarea sentimentelor, adaptarea comportamentului în funcție de diferite situații și asimilarea unor moduri de relaționare cu cei din jur. De asemenea, terapia prin joc este folosită pentru a ajuta copilul să facă față emoțiilor dificile și să găsească soluții adecvate pentru problemele întâlnite (Moustakas, 1997; Kaugars și Russ, 2001; Reddy, Files-Hall și Schaefer, 2005). Terapia prin joc îi permite copilului să-și schimbe modul în care gândește și să se cunoască mai bine pe sine însuși (Kaugars și Russ, 2001). (Apud *Play Therapy Makes Difference*-Association for Play Therapy U.S.A <http://www.a4pt.org/page/>)

Jocul terapeutic îi oferă copilului o distanțare psihologică față de problemele cu care se confruntă, permitându-i exprimarea gândurilor și a sentimentelor adecvate dezvoltării lui. Prin intermediul terapiei prin joc, copilul poate să-și îmbunătățească comportamentul, să își sporească conceptele de reprezentare de sine și stima de sine, să-și mărească capacitatea de auto-observare, să-și amelioreze controlul impulsurilor și al modalităților adaptative de a face față anxietății și frustrării.

În cadrul terapiei prin joc, pot fi înfruntate chiar și problemele cele mai îngrijorătoare, cărora li se pot găsi soluții viabile și de durată. Soluțiile pot fi repetate, stăpânite și adaptate în strategii de viață (Russ, 2004).

Terapia prin joc evită sugestiile și întrebările. În felul acesta, ea permite copilului să se simtă suficient de confortabil din punct de vedere psihic, pentru a expune în mod

spontan informații relevante despre problemele lui. În timpul unei sesiuni de terapie, sunt stabilite puține limite iar copilului i se acordă posibilitatea de a controla activitățile sesiunii și de a lua decizii.

Terapeutul manifestă o acceptare necondiționată a copilului, mai degrabă decât o evaluare axată pe simptome. El nu are prejudecăți și trebuie să resimtă respect și empatie față de copil. Această abordare nondirectivă a relației dintre terapeut și copil permite crearea unei atmosfere propice în care acesta din urmă poate să exteriorizeze propriile lumi interioare și să se desfășoare în ritmul propriu.

De-a lungul sesiunilor, terapeutul îl ajută pe copil să dea semnificație jocului. Acest lucru este important deoarece jocul reflectă aspecte relevante cu privire la dificultățile copilului. Pe măsură ce copilul se joacă, terapeutul distinge anumite patternuri, și în funcție de acestea, el alege modalitatea de intervenție. Terapeutul îi propune copilului diverse jucării menite să-i stimuleze acestuia „jocul fantezist” (lut, nisip, apă, materiale de desen etc.), precum și jucării care îl încurajează pe copil să pună în scenă situații reale (miniaturi, păpuși, marionete etc.).

Terapeutul utilizează tehnici adecvate dezvoltării și vârstei copilului pentru a-l ajuta să renunțe la sentimente negative sau restrictive și să dezvolte mecanisme de adaptare pentru a fi utilizate în viața reală.

Deseori, copiii nu sunt capabili să-și comunice sentimentele, gândurile și problemele doar prin cuvinte. Ei au o altă limbă aparte - cea a jocului. În timpul jocului, copilul comunică în mod firesc gândurile și sentimentele pe care le are, iar această comunicare este mult mai completă decât dacă ar face-o prin comunicare verbală.

Terapia prin joc poate fi benefică la orice vîrstă, dar ea are un potențial maxim mai ales la copiii cu vîrstă cuprinsă între 3 și 12 ani (potrivit Counseling in Speech-Language Pathology and Audiology: Reconstructing Personal Narratives p.273, care-i citează pe Carmichael, 2006; Gil, 1991; Landreth, 2002; Schaefer, 1993).

În cadrul jocului de grup, interacțiunea cu copiii de aceeași vîrstă facilitează dezvoltarea cognitivă a celor cu comportament inferior vîrstei lor biologice (Hall și McGregor, 2000; Howes și Matheson, 1992).

Interacțiunea copiilor cu adulții este diferită de cea a copiilor cu colegii de aceeași vîrstă (Linder, 1993). Tot Linder a efectuat un studiu din care a reieșit că, în cazul copiilor de 3 ani, jocul social comun dă rezultate mai bune dacă el se desfășoară în grupuri în care copiii se familiarizează cu ceilalți copii de același sex și aceeași vîrstă. De asemenea, jocul

social are rezultate mai bune atunci când le sunt oferite copiilor jucării cu componentă socială (Carter și Levy, 1998). Un studiu realizat de King în 2002, dar nepublicat, a întărit observațiile predecesorilor săi, observând că interacțiunea cu adulții nu determină creșterea nivelului de comportament în aceeași măsură cu cea a copiilor de aceeași vârstă.(King, J. (2002). *Facilitated vs. non-facilitated play behavior of children*. El a fost citat de Mendez, K. (2005) în lucrarea *Play assessment: The effects of peer interaction on children's cognitive capabilities*, paper 283)

Terapia prin joc și alte terapii creative pot fi benefice, de asemenea și adolescentilor și adulților, precum și sugarilor și copiilor mici (Schaefer și col., 2008).

Planurile terapeutice sunt utilizate ca intervenție primară sau ca terapie adjuvantă pentru multiple tulburări sociale, emoționale și comportamentale (Bratton, Ray, Rin și Jones, 2005, LeBlanc și Ritchie, 2001; Lin și Bratton, 2015; Ray , Armstrong, Balkin, și Jayne, 2015; Reddy, Files-Hall, și Schaefer, 2005), ca de exemplu: tulburări de anxietate, tulburări obsesiv-compulsive, depresie, hiperactivitate cu deficit de atenție, tulburări de comportament, dificultăți de gestionarea furiei, criză și traume, durere și pierdere, divorț, dificultăți de dezvoltare academică și socială, dizabilități fizice și senzoriale sau dificultăți de învățare (*apud Ritzi, Ray și Schumann (2017) International Journal of Play Therapy (2017) Vol. 26, No. 1, 33–46*).

Terapia prin joc este considerată un instrument de bază în lucrul cu copiii, chiar și cu cei cu deficiențe de auz. Pentru copiii hipoacuzici este foarte practică această terapie deoarece jocul poate fi mult mai vizibil ca mijloc de exprimare decât comunicarea orală. Așadar se poate folosi acest tip de terapie împreună și cu alte tehnici (terapie auditiv-verbală, meloterapie) în reabilitarea copiilor hipoacuzici.

Jocul are un rol foarte important în viața tuturor copiilor și de asemenea în viața copiilor hipoacuzici. Cu toate acestea, există puține articole cu privire la terapia prin joc în cazul acestor copii. Casby și McCormack (1985), au investigat relația dintre jocul simbolic și performanța lingvistică a copiilor cu deficiențe de auz. Ei au pus în evidență existența unei puternice relații pozitive între particularitățile jocului simbolic și dezvoltarea timpurie a comunicării.

Un articol scris de Esmaeilzadeh, Sharifi și Niknezhad, apărut în anul 2013 și publicat în Jurnalul Iranian de O.R.L., pledează pentru combinarea terapiei auditiv-verbale, cu melo-terapia și terapia prin joc, alcătuind un model educațional menit să ajute copiii

hipoacuzici și familiile acestora. Acest instrument pedagogic cu mare potențial poate fi un model de bune practici în cazul terapiilor integrate, destinate copiilor hipoacuzici.

2.3.2.2 Dramaterapia

„Dramaterapia este un termen ce a însemnat odată masca, ascunderea sau instrăinarea eului iar astăzi reprezintă expresia maximă a individualității”

Salvo Pitruzzella

Termenul de "dramaterapie" este un cuvânt compus din alte două cuvinte de origine greacă: "drama (acțiune jucată pe scenă, piesă de teatru)" și "therapia (tratare, îngrijire)". Dramaterapia constă în utilizarea teatrului și a tehnicilor teatrale (joc de rol, mimă, pantomimă etc.), în scop terapeutic.

Succesul acestei tehnici terapeutice se explică prin aceea că ea permite subiectului să se exprime prin intermediul unei identități diferite, imaginare, într-un spațiu și în mijlocul unui grup de persoane în care se simte în siguranță. Dramaterapia permite confruntarea subiectului cu propriile sentimente dureroase și cu situații dificile deja întâlnite sau care riscă să fie întâlnite în viața sa reală. Prin intermediul tehnicilor dramaterapeutice specifice, subiectul este antrenat în activități și jocuri de rol specifice, care îi permit explorarea mai multor soluții, fără ca acestea să aiba represansiuni negative asupra sa. Această tehnică încurajează subiectul să-și spună povestea, să explice dificultățile pe care le întâmpină și să-și exprime sentimente care altfel sunt ținute ascunse, de teama de a nu fi judecat sau pedepsit, cum se întamplă, deseori, în viața reală. Cu ajutorul dramaterapiei, subiectul învață să gestioneze situații dificile, fără să fi trebuit să le trăiască în prealabil. Așadar, această tehnică este o abordare psihoterapeutică activă, bazată pe experiența personală. Scopul ei este realizarea catharsisului, aprofundând în acest fel experiența interioară a subiectului.

Prin intermediul dramaterapiei, rolurile personale din realitatea de zi cu zi devin mai ușor de înndeplinit, mărindu-se totodată disponibilitatea psihică necesară pentru a putea trece de la un rol la altul, în funcție de diferențele situații în care se poate afla subiectul.

Dramaterapia este o tehnică ce va produce schimbări inerente în viața subiectului. Toți oamenii au potențial pentru schimbare, chiar dacă nu toți sunt conștienți de acest lucru. Dramaterapia este una dintre modalitățile de a valorifica acest potențial, oferind un sprijin de specialitate constant.

Psihologii au observat că ne trăim viața într-o structură și un cadru cu caracter dramatic. Ne putem vedea pe noi și pe ceilalți într-o serie de scene, dintre care unele au o desfășurare previzibilă. Scenele cu desfășurare previzibilă sunt considerate ca atare datorită faptului că ele au un cadru conștient, constituit din anumite reguli pe care le cunoaștem și în care, în mod normal, rolurile au o distribuție fixă (roluri prestabilite). Fiecare scenă cu desfășurare previzibilă, ca și la teatru, are „actori (unii principali, altii secundari)”, o „desfășurare” și un „final” relativ cunoscute. Există însă și scene care nu sunt previzibile, de exemplu, întâmplările neașteptate. Totuși, chiar și printre scenele imprevizibile sunt unele care conțin elemente predictibile, cum ar fi „subtexe” sau „roluri” care sunt invariabile sau care au un anumit „final”.

În timpul sesiunilor creative de dramaterapie, membrii grupului pot explora împreună cu terapeutul anumite tipuri de interacțiuni mai mult sau mai puțin formale. Uneori însă există o anumită reticență atunci când protagoniștii sunt confruntați cu „jocul de rol”.

Sintagma „joc de rol” conține termenul „joc”, care pare opus situațiilor din realitate. În plus, nouă ca indivizi, ni se pare că, dacă jucăm un rol, înseamnă că nu mai suntem noi-înșine. Cu toate acestea, în viața reală, în diferitele situații pe care le trăim și în diferitele interacțiuni cu diferite alte persoane, adoptăm o varietate de roluri, rămânând totuși noi-înșine. Această flexibilitate este necesară pentru o bună integrare socială.

Cu ajutorul dramaterapiei, capacitateile de comunicare și relațiile cu ceilalți (familie, prieteni, colegi, necunoscuți etc.) se pot ameliora, capacitatea de a gestiona reacțiile emoționale poate să crească și să se nuanțeze, toate acestea conducând subiectul la adoptarea unui comportament social adecvat. Utilizarea tehnicilor proiective și a metaforei (măști, marionete, povești, desen, pictură, modelaj) pot reduce anxietatea sau rezistența subiectului în ceea ce privește dezvăluirea de sine în cadrul unui grup.

Pentru ca efectele dramaterapiei să opereze asupra subiectului, este necesar ca acesta să se simtă acceptat și confortabil integrat în grupul de participanți. Odată cu integrarea subiectului, se declanșează și procesul de normalizare vizat.

Dramaterapia are la bază construirea unor relații interpersonale prin intermediul metaforei și acțiunii. Acestea permit subiectului să-și descopere valențele și să-și stimuleze procesul de auto-cunoaștere. Scopul este acela de a-și asuma și promova rolul în rândul societății. Dramaterapia, ca și jocul terapeutic, poate fi aplicată cu succes atât la adulți cât și la copii și adolescenți.

Copiii care au mai mult sau mai puțin tendință să se izoleze, care sunt anxioși, a căror stimă de sine este scazută, pot beneficia de ceea ce oferă dramaterapia pentru mai bună cunoaștere a propriilor sentimente concomitent cu completarea gamei de exprimare a acestora. Se urmărește deslușirea unor noi modele de adaptare la diferitele situații dificile întâlnite, înțelegerea, asimilarea și dezvoltarea lor. Dramaterapia oferă un mijloc adecvat de exprimare copiilor și adolescentilor pentru care limbajul verbal poate fi insuficient.

Teatrul din dramaterapie este redus la câteva elemente esențiale: spațiu/timp, poveste/acțiune, actor/spectator. Termenii actor/spectator pot îndeplini funcții interschimbabile sau chiar co-prezente într-un individ. În dramaterapie se poate acționa și se poate îndeplini rolul de martor (spectator) la acțiunile altora, simultan. Această co-prezență permite fiecărui participant să se recunoască simultan prin proprii ochi și prin ochii altora, ceilalți având aceeași posibilitate concomitent.

Copilul își dezvoltă capacitatea de a juca roluri de la o vîrstă foarte fragedă (de la aproximativ zece luni). „Piesa” este dezvoltată în continuare: în copilărie prin intermediul jocului iar în adolescență prin experimentare, fiind totodată ajustat de către familie și societate. Adultul prezintă mai multe roluri care împreună formează repertoriul său caracteristic, menit să facă legătura între lumea sa interioară și cea exterioară. Uneori însă este dificil de realizat această legătură, iar acest lucru se poate constata adesea în grupurile de dramaterapie. Cu astfel de situații se pot întâlni, de exemplu, persoanele care dezvoltă roluri rigide și fixe în viață timpurie sau cele care își asumă roluri inadecvate (adesea prin modelarea impropriu sau defectuoasă). În astfel de cazuri, dramaterapia poate facilita explorarea vieții interioare permitând adecvarea repertoriului de roluri în viață de zi cu zi.

Dramaterapeutul utilizează diferite tehnici și forme de structură și joc dramatic, cum sunt: poveștile și povestirile, jocul de rol, confectionarea măștilor, crearea de personaje, improvizarea, mișcarea corporală, crearea de accesorii și costume. El trebuie să aibă o disponibilitate desăvârșită, pentru a putea acompania subiectul în orice stare ar fi acesta: trist, apatic, mâños, frustrat, tăcut etc. El vizează să obțină pentru membrii grupului de dramaterapie realizări precum: lărgirea limitelor experienței participanților și stimularea simțului lor artistic și estetic, îmbogățirea repertoriului de roluri, adică experimentarea unor roluri noi, care sunt adecvate diferitelor situații, exersarea rolurilor adecvate și remodelarea lor până când devin mai naturale și mai puțin conștiente, descoperirea scenelor predictibile și găsirea unor alternative creative, crearea unor noi posibilități de a trăi scenele în moduri neobișnuite, stabilirea unor mijloace de corelare a răspunsurilor internalizate cu comportamentul externalizat și invers.

3 Teorii și concepte

3.1 Teoria Atașamentului

Teoria atașamentului, aşa cum a fost ea formulată de către John Bowlby, în a doua jumătate a secolului trecut (1965, 1973 și 1982), se referă la interacțiunea dintre mamă și copil, sau, generalizând, dintre figura primară de atașament și copil. Figura primară de atașament este, de cele mai multe ori, mama copilului, dar ea poate fi oricare altă persoană care îngrijește copilul și cu care acesta interacționează cel mai mult, în primii ani de viață.

Se poate spune ca această teorie este etologică-evoluționistă, deoarece ea se bazează, printre altele, pe concepe ale etologiei și ale teoriei evoluției. Deși această teorie a fost criticată într-o primă fază, ea a devenit în scurt timp și rămâne și în prezent, teoria dominantă pentru înțelegerea dezvoltării precoce a copilului. Ea stă la baza unui număr impresionant de cercetări experimentale care au contribuit la înțelegerea importanței relației dintre mamă și copil.

Teoria atașamentului este structurată în jurul ideii fundamentale că nevoia copilului de a se ataşa de o figură primară de atașament este înăscută. Deși Bowlby nu a exclus posibilitatea prezenței altor figuri de atașament pentru copil, el a considerat că legătura primară este mai importantă decât oricare alta. El susține că acest atașament este calitativ diferit de oricare alt atașament ulterior, iar relația cu mama este diferită de alte relații.

Bowlby consideră comportamentele de atașament ale copilului ca făcând parte dintr-un „sistem comportamental de atașament” care are rolul de a asigura proximitatea copilul față de mama lui. Acest sistem comportamental de atașament este compus dintr-o varietate de comportamente cum ar fi: agățarea, oferirea zâmbetului, plânsul, atingerea, apucarea, etc. El este activat în situațiile care îi provoacă copilului frică sau stres, în situații de pericol fizic sau atunci când copilul dorește să exploreze mediul înconjurător (Kobak, Cassidy, Lyons-Ruth și Ziv, 2006). În mod instinctiv, mama răspunde comportamentului copilului, creând un model reciproc de interacțiune. (Cassidy J., Shaver P.R., (2016) „*Handbook of attachment - Theory, Research and Clinical application*”)

Relația de atașament a copilului cu figura primară de atașament conduce la dezvoltarea unui model internalizat de lucru (Bowlby, 1969). Modelul internalizat de lucru „internal working model”, sau modelul internalizat de reprezentare a lumii, reprezintă un cadru cognitiv care cuprinde reprezentări mentale pentru înțelegerea lumii, a sinelui și a celorlalți. Interacțiunea unei persoane cu mediul este ghidată de amintiri și așteptări

preluate din acest model internalizat care influențează și ajută la evaluarea contactului cu ceilalți (Bretherton și Munnholland, 1999). În jurul vîrstei de trei ani acestea par să fie integrate în personalitatea copilului afectând viziunea asupra lumii și viitoarele interacțiuni cu ceilalți (Schore, 2000). Conform lui Bowlby, figura primară de atașament acționează ca un prototip pentru relațiile viitoare prin intermediul modelului internalizat de lucru.

Tipurile de atașament la copil

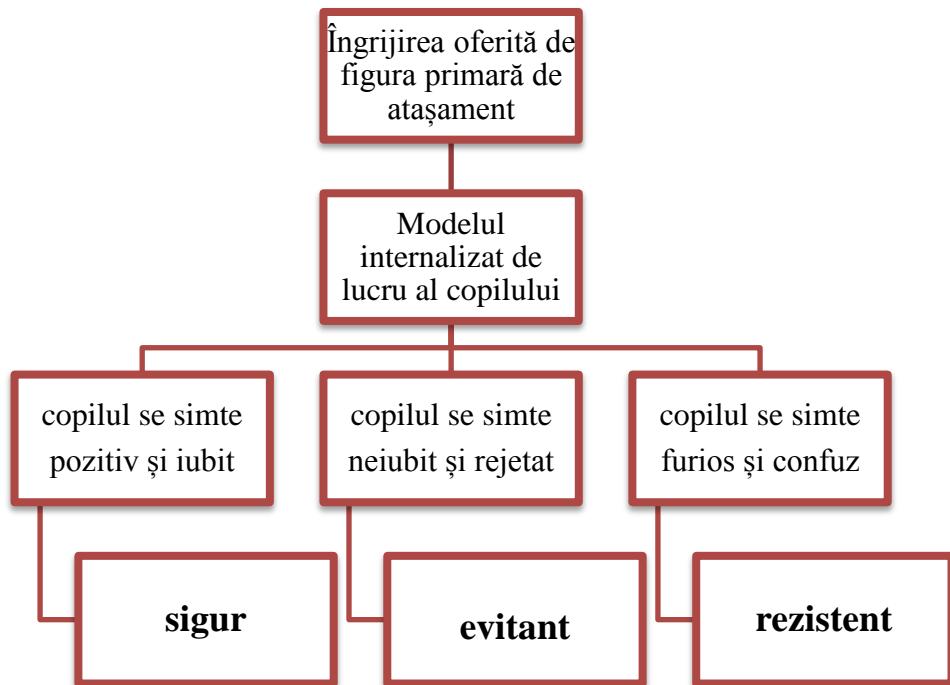


Fig.3.1 Adaptat după sursa (<https://www.simplypsychology.org/bowlby.html>)

Un copil ar trebui să aibe acces la figura primară de atașament cel puțin până în primii doi ani de viață. Dacă legătura cu figura primară de atașament este ruptă sau întreruptă în primii doi ani de viață, atunci copilul poate suferi consecințe emoționale ireversibile pe termen lung din cauza deprivării materne. Acest risc se poate menține până la vîrstă de cinci ani.

Un alt exponent valoros în susținerea teoriei atașamentului este Mary Ainsworth, care a jucat un rol important, deoarece este prima care a studiat în mod empiric relația de atașament dintre mamă și copil. Ea a pus în evidență faptul că relația de atașament este un gen aparte de legătură afectivă care are anumite caracteristici definitorii: relația este persistentă, relația implică o anumită persoană semnificativă din punct de vedere afectiv,

copilul caută apropierea de acea persoană, separarea de acea persoană generează suferință, copilul se bazează pe acea persoană pentru a-i conferi siguranță și confort.

Ea a descris în 1971 trei tipuri de atașament, care pot fi prezente la copii în grade variante (fig. 3.1).

1. Aașamentul sigur se caracterizează prin încrederea copilului că părinții vor fi disponibili, receptivi și îi vor acorda ajutor în situațiile dificile. Fiind convins de acest lucru el are curajul să exploreze lumea.
2. Atașamentul nesigur de tip evitant este caracteristic pentru copilul care nu are încredere că părinții vor acționa în mod pozitiv. El se aşteaptă la respingere și încearcă să se descurce singur, fără dragostea și ajutorul celorlalți.
3. Atașamentul nesigur de tip anxios rezistent creează incertitudinea copilului cu privire la disponibilitatea părintelui. Această disponibilitate se poate manifesta uneori iar alteori nu, creând o stare de confuzie și teamă. Din această cauză copilul se simte timorat în încercarea lui de a explora mediul.

Main și Solomon (1986) au creat o a patra categorie de atașament dezorganizat-dezorientat iar Crittenden (1992) a adăugat o nouă categorie în care tiparele de evitare și ambivalențe se manifestă concomitant.

Specificitatea relației de atașament o regăsim sub denumirea de *matrice de atașament*. „Matricea de atașament prin rolul ei de a da repere stabile în stabilirea strategiilor pentru atingerea stării de confort în caz de pericol (noutate, stres, etc) devine punctul de orientare în mediul înconjurător.” (Stan 2002)

În România, primul studiu științific de amploare bazat pe teoria atașamentului a fost realizat de Violeta Stan și a fost publicat în 2002 „Atașamentul și sisteme comunitare în sănătatea mentală”. El s-a referit la copiii abandonati în maternitate fără identitate instituționalizati în „Casa cu ferestre deschise” din Timișoara, care la acea vreme reprezenta un model de ocrotire familială temporară a acestor copii deprivați de figura maternă. Apoi studiile și cercetarea în domeniul atașamentului și deprivării au continuat pe mai multe paliere și în România însă în domeniul copiilor deprivați de auz, purtători de implant cochlear nu se înregistrează până la ora actuală decât o singură cercetare realizată de Cernea în 2007. Dificultatea abordării acestei teme vine din complexitatea factorilor și fațetelor care trebuie analizate și din aspectele multidisciplinare care interferează cu acest domeniu.

3.1.1 Caracteristicile copilului hipoacuzic și implicațiile hipoacuziei în relația de atașament

În cazul copilului hipoacuzic și al mamei sale, diada de atașament este afectată în mod inevitabil de deficiența auditivă a copilului. Dacă implantul cochlear este efectuat înainte de vîrstă de doi ani, diada este perturbată de toate procedurile medicale aferente, pre- și post-operatorii, la care copilul și familia lui sunt supuși. Dacă implantarea cochleară are loc după această vîrstă, diada se formează în absența informațiilor auditive și a limbajului articulat al copilului. Acestea din urmă sunt elemente de o mare importanță, dar nu sunt capitale pentru crearea unui atașament securizant între mamă și copil și aceasta datorită comunicării nonverbale și a altor strategii parentale care pot asigura predictibilitatea și baza sigură de care copilul are nevoie. (*Cernea M. 2011*)

Există puține studii despre diada de atașament care se stabilește între copiii hipoacuzici și mamele lor cu auz normal.

Este dovedit că, în cadrul diadei de atașament, participarea la construirea relației este activă atât de partea mamei cât și de partea a copilului. Așadar, este de așteptat ca hipoacuzia copilului să aducă cu sine anumite caracteristici specifice, capabile să influențeze diada de atașament.

Într-un studiu publicat de Marschark, în 1993, acesta face referiri la studiul lui Marvin (1977) și ulterior Greenberg și Marvin (1979) în care s-a pus în evidență pentru întâia dată, la copii de vîrste preșcolare, că hipoacuzia copilului poate compromite calitatea comunicării cu mama lui și poate influența dezvoltarea atașamentului. În studiul său din 1993, Marschark arată că interacțiunile sincrone și reciproce părinte-copil sunt bazate în mare parte pe capacitatele timpurii ale sugarului de a fi atent la vocea și la figura mamei. Marschark consideră că, în perioada premergătoare diagnosticării hipoacuziei, atunci când se formează relația de atașament, aceasta are de suferit din cauza incapacității parțiale sau totale a copilului de a se orienta spre vocea mamei. În studiul său din 1993, același cercetător avansează ipoteza că există o tendință a mamelor de a fi mai tensionate, mai controlante și mai intruzive față de copiii lor hipoacuzici în relația diadică.

Studiile amintite mai sus atrag atenția asupra faptului că hipoacuzia, atât înainte cât și după diagnosticare și apoi implantare, afectează într-un fel sau altul construirea unui atașament securizant între copil și mama lui. Situația este foarte complexă, cu atât mai mult cu cât, la ora actuală, există niște limite de vîrstă inferioară care nu pot fi depășite:

- diagnosticul de hipoacuzie nu poate fi stabilit definitiv înainte de vîrstă de 3 luni

- intervenția de implantare cochleară nu se realizează, în general, înainte de vîrstă de 6 luni

În plus, după intervenție, procesul de adaptare a copilului la semnalele transmise de implantul cochlear, de reglare și ajustare a procesorului de sunet este dificil, intruziv și necesită timp (McKinley și Warren, 2000).

Echilibrul între diagnosticare, implantare, reabilitare și construirea relației de atașament este deosebit de fragil. De aceea este necesar ca în echipa multidisciplinară care coordonează reabilitarea auditivă a copilului hipoacuzic să existe specialiști capabili să efectueze observații și suport psihologic, de la caz la caz. Ei pot fi în măsură acompanieze familiei în primele câteva luni de viață ale copilului, urmărind în mod explicit:

- decelarea aspectelor care împiedică formarea unor atașamente sigure și pe cât posibil, contracararea lor
- decelarea aspectelor care favorizează formarea unor atașamente sigure și pe cât posibil, încurajarea lor

S-a demonstrat că urechea internă este parțial dezvoltată și începe să funcționeze în jurul celei de-a 28-a săptămâni de viață intrauterină (Saffran, Werker și Werner, 2007). Fătul uman, la vîrstă de 26-28 săptămâni de gestație, reacționează la sunete, prin mișcare și ritm cardiac crescut (Kisilevsky și Low, 1998). Deși transmiterea sonoră este limitată de corpul mamei, de lichidul amniotic din jurul fătului și de sistemul auditiv încă insuficient dezvoltat, nou-născuții arată deja o predispoziție comportamentală pentru vocea umană, ceea ce presupune că această predispoziție este înnăscută (Vouloumonos și Werker, 2007). Mai mult decât atât, s-a dovedit că nou-născutul preferă chiar vocea mamei sale (Brazelton, 1978; DeCasper și Fifer, 1980; Fifer, 1980; DeCasper și Prescott, 1984). Ipoteza că sugarii preferă vocea mamei de la naștere a fost susținută și mai târziu de studiile lui Spence și DeCaspar (1986). Ei au demonstrat că nou-născuții la doar 38-60 de ore de la naștere, sunt capabili să discrimineze vocea mamei lor în diferite variante (de exemplu, o simulare a vocii mamei auzită în uter și vocea mamei auzită după naștere). Deși ei nu și-au arătat preferință, acest fapt sugerează că vocea mamei le este familiară dincolo de condițiile transmiterii ei atât înainte cât și după naștere. Este important aşadar să se ia în considerare rolul pe care îl joacă vocea mamei în formarea relației de atașament, chiar înainte de naștere.

DeCaspar și Fifer (1980) au sugerat că „legătura mamă-copil este cea mai bine deservită de capacitatea unui nou-născut de a discrimina vocea mamei sale de cea a altor

femei" (p. 174). Copiii care au un auz normal își dezvoltă capacitatea de a înțelege și de a reda mai apoi limbajul vorbit. Această capacitate le permite crearea unor relații sincrone și reciproce cu mediul lor (Marschark, 1993). În acest caz comunicarea bidirecțională dintre mamă și copil (care ne interesează în abordarea relației de atașament) este neinterferată.

Copiii cu hipoacuzie congenitală nu pot auzi vocea mamei lor pe timpul vieții intrauterine. Așadar, pentru ei, preferința față de vocea mamei nu face parte din sistemul comportamental de atașament pus în evidență de John Bowlby. Totuși, copilul hipoacuzic dispune de celelalte abilități. El poate să recurgă la alte comportamente tipice pentru inițializarea relației de atașament, cum sunt agățarea, zâmbetul, plânsetele, atingerea, apucarea etc. Aceste semnale caută proximitatea față de figura primară de atașament și pot compensa absența capacitații de a-și auzi mama înainte de a se naște.

Hipoacuzia nu este o barieră în calea vocalizărilor la sugarii hipoacuzici. În general, aceștia vocalizează la fel de mult, într-un mod asemănător și în aceleași situații ca și sugarii cu auz normal (Oller, 2006). Totuși, s-a constatat că durata și intensitatea vocalizării la sugarii hipoacuzici este mai mare, probabil din cauza faptului că ei nu pot sesiza semnalele acustice de temporizare și nu primesc în timp util feedback-ul de care au nevoie (Masataka, 2006) din cauza obstrucționării comunicării bazate pe auz. Deoarece acest mod de comunicare este invalid, este important să se ia în considerare felul în care modurile alternative de semnalizare și de comunicare a nevoilor pot avea un impact asupra relației de atașament în curs de dezvoltare.

Koester (1994) a explicitat faptul că „efectul de mediere al altor forme de reacție contingentă poate ajuta la depășirea acestor obstacole aşa cum reiese din evaluările atașamentului copiilor hipoacuzici” (p. 58). Două modalități senzoriale alternative prin care copilul hipoacuzic poate „solicita” atenția îngrijitorului și o poate „primi” atunci când ea este oferită, sunt văzul și atingerea. Așadar, este importantă înțelegerea mecanismelor prin care modurile alternative de semnalizare și de comunicare a nevoilor copilului hipoacuzic pot influența construirea diadei de atașament.

Din ideile exprimate mai sus reiese că hipoacuzia la copil poate fi un factor de risc în ceea ce privește crearea unui atașament sigur.

Totuși, din literatura de specialitate și din dovezile empirice acumulate până în prezent, nu reiese că doar hipoacuzia este răspunzătoare de crearea unui atașament nesigur la copiii hipoacuzici. Hipoacuzia poate avea un impact negativ relația de atașament, doar atunci când este asociată cu alți factori de risc, cum ar fi: alte deficiențe de sănătate fizică

și/sau psihică ale copilului; sensibilitatea și afectivitatea mamei; calitatea interacțiunilor (gradul de sincronicitate); mediul social și rețeaua de sprijin comunitar în care evoluează copilul și familia lui; modul și momentul în care se petrece diagnosticarea și intervenția. Factorii de risc există în viața oricărui copil, astfel încât atașamentul nesigur nu este apanajul copiilor cu deficiențe de auz.

Este important de reținut faptul că, chiar dacă un copil hypocuzic (sau orice copil) a dezvoltat un atașament nesigur, traiectoria sa de dezvoltare nu este neapărat durabilă. Alți factori de protecție familiali și sociali ai aceluia individ l-ar putea ajuta în confruntarea cu efectele negative ale unui atașament nesigur.

Cunoașterea privitoare la formarea atașamentului la copiii hipoacuzici este săracă. Studiile efectuate sunt puține la număr, nerelevante și mai ales depășite. Ele nu corespund modalităților actuale de diagnosticare și ale intervenției de implant cochlear. În plus, rezultatele pe care le furnizează nu pot fi integrate cu scopul de a obține, prin extrapolare, o reprezentare coerentă a atașamentului copilului hipoacuzic, din cauza caracteristicilor și diferențelor instrumentelor de măsurare. Se simte o acută lipsă a studiilor longitudinale, care să reflecte posibilitățile de modificare a atașamentului sigur, ca urmare a modificării unor circumstanțe din cadrul familiei, cu impact asupra calității îngrijirii copilului (angajare parentală, modificarea statutului social, divorț, etc.). De asemenea, familia extinsă face obiectul a prea puține studii. Desi Bowlby și Ainsworth au raportat că atașamentul față de alte persoane de îngrijire este posibil, totuși și acest aspect al teoriei atașamentului a fost neglijat în cercetare (Howes și Spieker, 2008).

Deoarece domeniul teoriei atașamentului este interesant, motivant și deosebit de util, este de așteptat ca, în următorii ani, cercetarea să se intensifice nu doar în general ci și cu privire la copiii hipoacuzici implantați cochlear. (Micucci, S. E. (2015) *Building resilience in children with hearing loss in general education classrooms: A guide for parents and teachers of the deaf*)

3.1.2 Reziliența copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear

Reziliența este un proces dinamic prin care indivizii prezintă o adaptare flexibilă, pozitivă a comportamentelor, atunci când se confruntă cu adversități semnificative, percepute ca amenițătoare, sau care pun viața sau viitorul în pericol.

Diferite studii au aratat că există mai mulți factori ce pot sta la baza rezilienței. Dintre aceștia, unul dintre cei mai importanți este crearea unor relații statornice de îngrijire,

sprijin, încurajare, iubire, prietenie atât familiale cât și extrafamiliale, care-i permit individului să-și clădească stima de sine. La acești factori se adaugă și prezența unor capacitați cum ar fi: capacitatea de a se proiecta în viitor și de a face planuri realiste, capacitatea de reflecție și de comunicare, capacitatea de gestionare a sentimentelor și emoțiilor puternice.

Deși la ora actuală sunt deschise mai multe piste de cercetare și reflecție privitoare la reziliență, totuși factorii care fac posibil acest fenomen nu sunt încă bine cunoscuți.

Asocierea termenului de „hipoacuzie” cu cel de „reziliență” presupune considerarea hipoacuziei ca fiind o adversitate deși, după Rutter (2000), s-ar părea că este mai aproape de adevăr și mai profitabil să înțelegem hipoacuzia ca fiind o adversitate doar în anumite împrejurări.

Reziliența copiilor hipoacuzici, în contextul formării atașamentului, trebuie considerată de la caz la caz, deoarece relația de atașament este un fenomen deosebit de complex, care prezintă numeroase variabile după cum am arătat anterior. După Young, Green și Roger (2008), hipoacuzia congenitală poate fi un „indicator de risc” în contextul dezvoltării atașamentului doar dacă este însoțită și de alți factori defavorizanți (de exemplu insensibilitate parentală). Aceștia amplifică efectele negative ale deficienței de auz (Young și alții., 2008). (apud Zand și Pierce, 2011, *Resilience in Deaf Children: Adaptation Through Emerging Adulthood*, p. 56).

Studiul efectuat de Micucci în 2015 și concretizat printr-o teză de masterat, a examinat următorii factori care sunt susceptibili să promoveze reziliența copiilor hipoacuzici:

- școala: relațiile cu colegii de aceeași vârstă, ajutorul obținut din partea profesorilor de sprijin și implicarea în activități extra-scolare
- elevul hipoacuzic însuși: auto-eficacitatea, auto-determinarea și capacitațiile de comunicare
- familia copilului hipoacuzic: relația părinte-copil și suportul familial

Din examinarea acestor trei factori polivalenți, s-a dorit găsirea soluțiilor de către părinți și profesori pentru oferirea pârghiilor necesare creșterii rezilienței copiilor hipoacuzici în cadrul învățământului de masă. Dar, pentru obținerea unui ghid destinat părinților și profesorilor copiilor hipoacuzici este nevoie de noi studii care să aprofundeze aceste rezultate.

3.2 Teoria dezvoltării psiho-sociale

Erik Erikson a elaborat teoria dezvoltării psiho-sociale conform căreia dezvoltarea psiho-socială a ființei umane se desfășoară în mod continuu, pe toată durata vieții. Erikson împarte în opt stadii (Tabel 3.1). Fiecare stadiu de dezvoltare psiho-socială este caracterizat de o criză ce trebuie rezolvată prin echilibrarea a două forțe specifice opuse una alteia: stabilirea legăturilor cu cei din jur și nevoia de autonomie.

Aceste crize sunt declanșate, pe măsură ce omul avansează în vîrstă și experiență, pe de o parte de capacitatele sale emergente, și pe de altă parte de relațiile și obligațiile sociale la care este expus treptat. Când reușește să rezolve o criză, efectele pozitive obținute în urma echilibrării celor două forțe opuse specifice stadiului respectiv, asigură existența unui substrat psiho-social propice pentru dezvoltarea ulterioară și o disponibilitate maximă pentru rezolvarea crizei din stadiul următor. Când o criză nu este rezolvată complet, omul poartă mai departe efectele negative ale dezechilibrului persistent între cele două forțe opuse din stadiul respectiv, și astfel crizele ulterioare devin din ce în ce mai greu de rezolvat.

Așadar, granițele stadiilor descrise de Erikson sunt flexibile: modul și gradul de rezolvare ale crizei din fiecare stadiu are repercusiuni asupra modului și gradului de rezolvare ale crizelor din stadiile următoare. Altfel spus, fiecare stadiu creează anumite premise pentru stadiile următoare. Crizele nerezolvate sau rezolvate doar parțial în stadiul lor specific, vor reapărea, într-un fel sau altul, ca dificultăți, în viitor.

Erikson folosește termenul „criză (crisis)” în sensul de „cotitură majoră”, nu în sensul de „catastrofă”. El vede crizele de dezvoltare din viața persoanei ca pe tot atâtea ocazii necesare de maturizare psiho-socială.

Stadiile de dezvoltare după Erik Erikson

Nr.	Vîrstă	Stadiul de dezvoltare	Caracteristici
1	Naștere până la 1 an	Încredere versus neîncredere	Se formează sentimentul de încredere versus neîncredere în ceilalți, în funcție de îngrijirea și dragostea primită de copil.

2	1-3 ani	Autonomie versus îndoială	Se dezvoltă sentimentul de autonomie, încredere în sine, când copilul dorește să îndeplinească o serie de activități, chiar dacă greșește.
3	3-6 ani	Inițiativă versus culpabilitate	Copilul începe să exploreze, să-și descopere abilități motorii noi, să interacționeze mai mult cu cei din jur având inițiativă.
4	6-12 ani	Competență versus inferioritate	Copilul achiziționează cunoștințe și deprinderi predominant prin intermediul școlii.
5	12-20 ani	Identitate versus confuzie	Adolescenții caută să-și dezvolte propria identitate personală dar și vocațională, își formează și comportamente specifice rolului sexual.
6	20-30/35 ani	Intimitate versus izolare	Prioritare sunt dragostea și relațiile interumane, Tânărul adult căutându-și un partener de viață.
7	Între 35- 65 ani	Realizare versus stagnare	accentul se pune pe nevoia adulțului de a fi productiv, de a se afirma pe plan profesional dar și familial prin dorința de a avea copii.
8	De la 65 de ani	Integritate versus disperare	Persoana începe să-și evalueze realizările de pe parcursul vieții.

Tabel 3.1. (sursa <https://insidejurnalpsihoterapieintegrativa.wordpress.com/>)

Fiecare stadiu de dezvoltare descris de Erikson contribuie în mod specific la construirea identității persoanei. Primele patru stadii pregătesc terenul identitar pentru cel de-al cincilea, care are loc între 12-20 ani. În stadiul al cincilea, este de așteptat ca persoana să-și făurească o identitate, dacă rezolvă criza din acest stadiu într-un mod armonios. În stadiile ulterioare și până la sfârșitul vieții, identitatea persoanei continuă să evolueze.

Cele opt stadii ale lui Erikson sunt considerate etape distințe. Astfel, pe măsură ce o persoană avansează în vîrstă, ea se confruntă cu noi sarcini, indiferent dacă le-a rezolvat

armonios sau nu pe cele anterioare (Côté, M. (2015) Teza de doctorat: *Les stades de développement d'Erikson et les troubles de personnalité*, p. 9).

Erikson consideră că omul este capabil să se dezvolte din punct de vedere psihosocial în fiecare moment al vieții sale, dat fiindcă el rămâne continuu deschis la contactul cu ceilalți și cu societatea. De altfel, acesta este una dintre cele mai importante contribuții aduse de teoria lui Erikson: considerarea elementului social ca fiind una dintre părghiiile care acționează în procesul de dezvoltare umană, alături de biologie și psihologie. Sfera socială se reflectă în psihologia fiecărui om și este parte din identitatea sa, după Erikson, care consideră că identitatea unei persoane nu este numai individuală, ci că ea face parte din societate și, mai mult decât atât, identitatea unei persoane depinde de modul în care societatea identifică persoana respectivă. Erikson consideră omul ca fiind o ființă bio-psiho-socială, care se dezvoltă într-un și sub influența unui mediu compus din: anturajul imediat, contextul social propriu-zis și contextul socio-istoric.

3.3 Jocul neurodramatic

Jocul este esențial pentru viață. El apare în cadrul interacțiunii dintre mamă și copil chiar din timpul vieții intrauterine, prin intermediul vocii, al atingerilor, al legănatului. Jocul este indispensabil copilului, pentru crearea unui atașament sigur și a unor relații armonioase cu cei din jur.

În cazul unui copil cu deficiențe senzoriale, jocul are un rol la fel de important ca pentru toți copiii.

Copiii cu hipoacusie neurosenzorială congenitală bilaterală nu aud glasul mamei și nici un alt sunet, într-o lume în care sunetele sunt instrumente foarte importante de semnalizare și comunicare. Privarea de sunete încă din viața intrauterină induce o întârziere în experiența senzorială auditivă, cu tot ce implică aceasta în afectarea neuroplasticității cerebrale. De aici se deduce necesitatea implantării cochleară precoce. Cu cât se realizează mai devreme, cu atât copilul are premise mai bune să atenueze efectele negative ale întârzierii în experiența senzorială auditivă.

În mica copilărie, învățarea se face mai ales prin intermediul corpului. Traumele corporale survenite în această perioadă au efecte imediate la care se pot adăuga și efecte care se vor manifesta mai tarziu, la alte vîrste. Copiii care au suferit o intervenție chirurgicală cum este implantarea cochleară, în timpul micii copilării, se pot confrunta mai

târziu cu percepția traumatizantă a acestui act medical. Asimilarea acestei intruziuni asupra propriului corp se face uneori cu dificultate și necesită timp.

Jocul dramatic începe imediat după nașterea copilului sau chiar înainte (Jennings 2011). La început, el constă în imitarea sunetelor și a expresiilor faciale ale mamei, îngânarea de cântece cu rime ușoare, jocul „cucu-bau”. Prin intermediul jocului dramatic, copilul învăță: unele aspecte despre sine și despre ceilalți, că diferitele sunete au sensuri diferite și că prin intermediul sunetelor emise, ne putem preface că suntem altceva sau altcineva decât suntem.

Etapa 1: „Ca și cum” sau „răspunsul dramatic”

Jocul se bazează pe imitarea sunetelor și expresiilor faciale materne. Este un joc "în ecou". Mama produce un sunet și aşteaptă ca sugarul să încerce să-l reproducă. Încercările copilului – izbutite sau nu – sunt încurajate. Același procedeu de imitație se realizează și pentru expresiile faciale. Progresiv, se introduc noi sunete și noi expresii faciale.

Etapa 2: „Trupul meu – corpul tău”

Copilul este purtat în brațe, în diferite moduri (în sus și în jos; legănat dintr-o parte într-alta, imitând avionul sau trenul, etc.) iar mișcările pot fi acompaniate de aceleași sunete, de fiecare dată. Este o etapă în care întregul corp se exprimă în asociere cu anumite sunete, ceea ce facilitează integrarea senzorială și creativitatea în plus față de aportul benefic al mișcării fizice.

Etapa 3: - „Cucu-bau”

Mama își ascunde față în mâini („cucu!”) iar apoi își dă la o parte mâinile („bau!”). În felul acesta, fața mamei apare și dispare alternativ. Când jocul este bine învățat, copilul este în aşteptare atentă în faza de dispariție a feței, având încredere că ea va apărea din nou, și se bucură când fața reapare, întărinindu-i încrederea. La început, cele două faze se succed rapid, pentru că sugarul să aiba timp să își dezvolte încrederea în deznodământul fericit al jocului. Apoi, treptat, prima fază se poate prelungi, spre bucuria și mai mare a copilului, când aşteptările lui capătă justificare.

În afara avantajului de a întări încrederea copilului în mama sa și în propria judecată (anticiparea corectă, justificată de deznodământul fericit), acest joc este un bun precursor al jocurilor de ascundere – căutare – găsire și „să ne prefacem că”.

Aceste trei etape ale jocului dramatic sunt de obicei complete până la vîrstă de șase luni (*Neuro-Dramatic-Play*). Din descrierile anterioare se observă că jocul este bazat în mare parte pe sunet și mișcare. Copiii cu deficiențe senzoriale cum este și cazul copiilor cu

deficiențe de auz, ar putea avea nevoie să repete aceste etape pentru a-și putea consolida încrederea în sine.

Imitarea este un proces natural, în dezvoltarea omului. Progresiv, copilul învăță să-i imite pe adulții cu care interacționează frecvent. Această capacitate are implicații pozitive în procesul de integrare a copilului în mediul său social. În cadrul jocului dramatic, ea va fi încurajată prin jocul de rol, cu ajutorul jucăriilor și marionetelor. Acest proces face parte din următoarele etape ale jocului dramatic.

Etapa 4: Schimbarea rolurilor

Jocul acesta poate să apară în mod spontan, de obicei atunci când copilul se joacă singur: el vorbește (sau imită vorbirea) cu o jucărie, iar apoi răspunde tot el, "de parcă ar fi jucăria". Este un joc care prefigurează apariția și dezvoltarea diferitelor roluri în viața reală.

Etapa 5: Comandarea și rearanjarea

Aceasta etapă pregătește etapa narativă. Copilul atribuie diverse roluri diverselor jucării (animale sau plușuri). Rolurile sunt extrem de simple: de exemplu, o jucărie are o anumită voce foarte groasă; altă jucarie are o anumită voce pițigăiată; altă jucărie este bătăușă; altă jucărie este blândă și mângâietoare etc. În acest fel copilul va experimenta ideile proprii, prin intermediul jucăriilor.

Etapa 6: Crearea de narăiuni

În etapa precedentă, rolurile extrem de simple constituau elemente de narăiune disparate. În etapa a 6-a, copiii vor învăța să pună aceste elemente în legătură unele cu altele, ceea ce va conduce la inventarea unor povești. La început, legăturile nu par să aibă prea mult sens, dar, pe măsură ce copilul se antrenează în acest joc, el va alege anumite jucării, care au anumite roluri și care, puse împreună, vor exprima o poveste – simplă, dar cu sens. Jocul acesta poate fi jucat de unul singur, cu un părinte, sau cu alți copii. Treptat, copilul va integra în poveștile sale elemente de intrigă și de deznodământ, va alcătui scenarii, va inventa anumite situații, va improviza scena, etc. Poveștile sale devin moduri de comunicare, ceea ce se va amplifica în etapa următoare.

Etapa 7: Improvizarea și povestea

În acest stadiu copilul se află deja în etapa culminantă a dezvoltării dramatice timpurii în care utilizează toate modalitățile de joc dramatic învățate în etapele precedente. Copilul exercează din ce în ce mai mult improvizarea de scene și roluri integrate în povești care de această dată au un anumit flux, un anumit cadru și o anumită structură. Aceste progrese dovedesc capacitatea copilului de a-și elabora și urmări propriile idei. În această etapă are

loc stimularea simultană a ambelor emisfere cerebrale (stânga – pentru logică, raționamente, planificare etc.; dreapta – pentru imaginație, emoții etc.), cu efect benefic pentru dezvoltarea integrată cerebrală.

Jocul dramatic contribuie la dezvoltarea următoarelor aspecte de mare însemnatate pentru dezvoltarea psihosocială a copilului:

- Empatia, datorită experimentării rolului "celuilalt"
- Reziliența, datorită experienței acumulate în trecerea de la un rol la altul (flexibilitatea în diferite roluri)
- Inovația, datorită experimentării jocului de improvizație, care implică dezvoltarea imaginației și a creativității
- Soluționarea problemelor: prin improvizație, imagine și adaptare, copilul găsește soluții la problemele întâlnite și află că aceeași problemă poate avea mai multe căi de rezolvare

Analizând etapele de dezvoltare a jocului neuro-dramatic reiese importanța derulării firești a succesiunii fiecărei etape. În cazul copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear parcurgerea tuturor etapelor este un deziderat care uneori nu poate fi îndeplinit până la capăt. De aceea este nevoie de intervenția specializată care să ofere copilului posibilitatea unei dezvoltări armonioase în ciuda decalajului care se păstrează între vîrstă biologică și cea auditivă. Doar astfel se pot clădi încrederea în sine, reziliența și empatia copilului, atât de necesare în devenirea lui.

3.4 Conceptul de normalizare și etica abordării persoanelor hipoacuzice purtătoare de implant cochlear

În procesul de normalizare, persoana care prezintă o deficiență este expusă acelorași drepturi, sarcini și activități bazate pe normele sociale ale culturii în care trăiește. Aceasta înseamnă că i se oferă accesul la aceleași condiții de viață ca și ale celorlalți membri ai societății. De menționat că persoana nu trebuie să fie „forțată” să fie normală, ci mediul trebuie schimbat pentru a oferi acestei persoane o sansă de a experimenta ceea ce este considerat „normal”.

Ideea de normalizare în beneficiul persoanelor hipoacuzice vine din dorința de a proteja persoanele cu deficiență auditivă în fața excluziunii sociale sau a tratamentelor psihosociale dăunătoare și de a veni în sprijinul lor, ajutându-le să audă și să „comunice” (Spohner, 2013). Această perspectivă pare optimistă la prima vedere. Însă, după cum

afirmă filozoful Robert Sparrow (2005), „este o mare surpriză pentru majoritatea oamenilor din comunitatea celor cu auz normal de a afla că o parte semnificativă și influentă a comunității surzilor reacționează cu ostilitate și nemulțumire față de dezvoltarea tehnologiei implantului cochlear” (p.135). Irving King Jordan, primul președinte surd al Universității Gallaudet din Washington, a afirmat că singurul lucru pe care oamenii surzi nu-l pot face este să audă. Mulți oameni surzi consideră că deficiența auditivă nu este un handicap. Atâtă vreme cât pot comunica prin limbajul semnelor, aceste persoane se consideră că făcând parte dintr-o minoritate lingvistică (amintește Ilia Parasnă în 2004, în cartea *Cultural and Language Diversity and the Deaf Experience*, p. 141, citandu-i pe Bahan, 1989; Dolnick, 1993). Ele găsesc că implantul cochlear este o atrocitate, prin aceea că încearcă să impună auzul și limbajul articulat unor persoane cărora nu li se dă posibilitatea să aleagă între o stare și alta. Este foarte grăitor, în acest sens, răspunsul pe care Asociația Națională a Surzilor din S.U.A. (asociație care există, fără întrerupere, din 1880) l-a transmis Guvernului American care facuse în prealabil propunerea ca persoanele hipoacuzice să beneficieze de un avantaj fiscal identic cu cel oferit persoanelor nevăzătoare: "Noi nu suntem handicapați, ci suntem o minoritate lingvistică. Nu surzenia noastră ne face să suferim, ci felul în care ne tratați din cauza surzeniei noastre. Nu suntem bolnavi. Încetați să mai doriți să ne vindecați, încetați să mai doriți să ne modificați, acceptați-ne aşa cum suntem."

Controversele legate de implantul cochlear au început să apară inițial în rândul comunității surzilor care-l consideră un model medical care le este impus, distrugându-le identitatea culturală. Aceste comunități ale surzilor resping discursul care pledează pentru comunicarea orală ca fiind cea „naturală” și „normală” a comunicării umane și consideră că o astfel de presupunere este o construcție simplă a discursului medical. În acest sens, implantul cochlear ca mijloc de normalizare este considerat un instrument biopolitic care își impune puterea asupra persoanelor surde.

Comunitatea surzilor a fost declarată ca fiind o etnie specifică, cu un stil de viață care este legat de o anumită comunitate lingvistică care folosește limbajul semnelor ca mijloc de comunicare echivalent cu comunicarea orală.

Luând în calcul și perspectiva comunității surzilor ar trebui ca întreaga societate să facă efortul de a oferi un cadru cât mai prietenos persoanelor surde.

Deși teza de cercetare din mai multe considerente pledează pentru oferirea modelului medical persoanelor hipoacuzice, trebuie avută în vedere și opinia clar exprimată a

comunității surzilor. Aceasta poate reprezenta o bună motivație pentru a înțelege în profunzime aspectele etice ale abordării persoanelor hipoacuzice și pentru a putea lua decizii cât mai corecte pe termen lung.

Deoarece procesul de normalizare nu trebuie realizat forțat, fiecare caz ar trebui analizat în mod particular. Trebuie luate în calcul aspectele legate de integrarea copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear în școlile de masă, care nu întotdeauna se adeverește a fi cea mai bună alegere. Cât timp nu sunt asigurate condițiile propice integrării (centre medicale suficiente, cadre medicale specializate, audiologi, logopezi, psihologi, profesori instruiți în problematica hipoacuziei, profesori de sprijin, fonduri necesare întreținerii implanturilor cochleare, fonduri necesare reabilitării copiilor cu implant cochlear, etc) nu se poate vorbi de un proces real de normalizare. Ca și în multe alte țări, în România se încearcă mai ales în ultimii ani, crearea unei legislații care să asigure un cadru securizant integrării copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.

3.5 Modelul bio-psiho-social

„Întregul este mai mult decât suma părților componente”.

Aristotel

Conceptul de sănătate este complex și, pentru a-l putea înțelege, el trebuie asociat cu dimensiuni cum sunt cea emoțională, intelectuală, fizică, socială, spirituală.

Prin urmare, sănătatea omului depinde de numeroși factori, care ar putea fi clasificați în:

- factori de protecție a sănătății
- factori ai mediului înconjurător
- factori genetici
- factori ai stilului de viață

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S, 1948) definește starea de sănătate ca fiind „o stare completă de bine din punct de vedere fizic, mental și social și nu neapărat doar absența bolilor sau infirmităților” (Mai târziu a fost inclusă în această definiție și „capacitatea de a duce o viață productivă social și economic”)

Modelul bio-psiho-social este un model holistic, în care starea de sănătate și starea de boală se instalează sau se mențin în funcție de echilibrul existent între cele trei categorii de factori : biologici, psihologici și sociali. Pentru a vindeca o boală, fiecare dintre acești

factori trebuie să fie abordați în mod specific de specialiști (medici, biologi, psihologi și sociologi).

Bandura (2002) confirmă validitatea modelului bio-psiho-social și consideră că acțiunea celor trei factori asupra sănătății persoanei este influențată de către un anumit nivel de vulnerabilitate. El abordează starea de sănătate din punctul de vedere salutogenetic, adică prin concentrarea asupra condițiilor care favorizează sănătatea mai degrabă decât prin studierea cauzelor care provoacă bolile.

În țările din Vestul Europei, modelul bio-psiho-social își croiește un drum din ce în ce mai larg, alături de modelul bio-medical clasic, de mai bine de 20 de ani, pentru diagnosticarea și tratarea unor boli somatice sau psihice. El favorizează aplicarea unor terapii care vizează atât problemele de natură medicală cât și cele nemedicale.

Modelul acesta permite o abordare holistică a pacientului și favorizează autenticitatea în comunicarea medic-pacient, empatia, considerarea pacientului ca un tot unitar. O astfel de relație terapeutică medic-pacient, bazată pe încredere, crează un cadru care permite și exprimarea emoțională a pacientului. În final, toți acești factori pozitivi conduc la o mai bună înțelegere a bolii și a cauzelor ei de către pacient și prin aceasta, la o implicare activă a pacientului în procesul de vindecare și la o mai bună compliantă la tratament.

În România, modelul bio-psiho-social este abia la început de drum, în prezent modelul biomedical fiind cel predominant.

Dintr-o perspectivă biomedicală, relația medic-pacient este una pasivă, pacientul furnizând informațiile solicitate de medic, iar acesta oferind direcții de tratament. Practic, în felul acesta, medicul nu tratează un pacient, ci o boală. Pacientul nu se simte stimulat să participe plenar la redobândirea stării lui de sănătate, ceea ce riscă să reducă compliantă sa la tratament. În ascultarea pacientului, pot fi identificate unele scheme cognitive care apar mai frecvent: catastrofare, toleranță scăzută la frustrare, însotite de emoții puternice, disfuncționale.

În cadrul modelului bio-psiho-social, credințele despre boala ale pacientului sunt luate în considerare și tratate cu aceeași considerație ca și boala somatică sau psihică. Este încurajată aplicarea schemei cognitive de autoeficacitate, care are un rol hotărâtor în răspunsul la tratament și/sau în adaptarea la boala. Teoria autoeficacității lansată de Bandura (1982) se referă la convingerea unei persoane în capacitatele sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare adoptării unor comportamente.

Copilul cu hipoacuzie neurosenzorială profundă, candidat pentru implant cochlear, are nevoie de o abordare bio-psiho-socială completă, de către o echipă multidisciplinară. Aceasta abordare trebuie să cuprindă și familia copilului. Fiecare membru al echipei multidisciplinare (chirurgul, audiologul, O.R.L.-istul, logopedul, psihologul, pediatrul, psihiatrul, neurologul, educatorul) va analiza situația din punctul lui de vedere profesional. Concluziile fiecărui necesită o integrare atentă, efectuată în cadrul mai multor reuniuni de lucru. Echipa multidisciplinară este o garanție de evaluare holistică a candidatului pentru implantul cochlear și prin aceea că modul ei de funcționare este bazat pe comunicarea între toate părțile implicate în proces: specialiști, familie, părinți, copil.

II. PARTEA SPECIALĂ

4 Proiectul cercetării

Cercetarea aduce în discuție și analizează elemente importante din domeniul medicinei, audiolgiei și psihologiei legate de întregul proces de reabilitare auditiv-verbală a copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear. Complexitatea studiului interdisciplinar încurajează viziunea holistică necesară abordării unui asemenea copil, iar accentul se pune pe necesitatea introducerii metodelor terapeutice creative complementare, alături de terapia auditiv-verbală în procesul de reabilitare. Menționăm acest aspect deoarece reabilitarea auditiv-verbală se axează cu precădere pe terapia auditiv-verbală deja consacrată, cu scopul dobândirii auzului și a limbajului oral, riscând să negligeze aspectele emoționale și comportamentale extrem de importante în etapele de dezvoltare ale copilului.

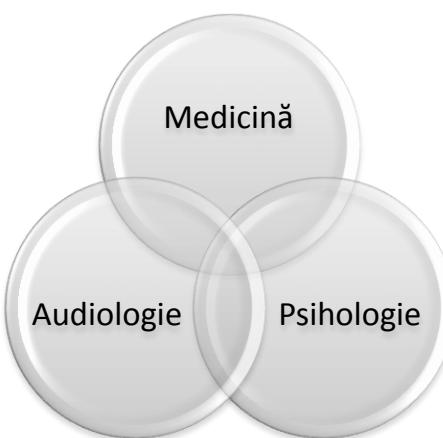


Fig. 4.1 Interdisciplinaritatea proiectului de cercetare

Pentru a putea beneficia de cât mai multe detalii și pentru a diversifica plaja instrumentelor de obținere a informațiilor, s-au ales două paliere de cercetare: una calitativă interactivă (de tip cercetare-acțiune) și cealaltă cantitativă. Metoda calitativă dă posibilitatea unei înțelegeri mai profunde a subiectului cercetării, oferind la final o explicație mai complexă, în timp ce metoda cantitativă aduce date cât mai concrete și specifice cu privire la temele abordate.

Așadar studiul pe care-l vom prezenta în continuare este menit să creeze o imagine de ansamblu cât mai bogată în ceea ce privește tema abordată. S-a ales combinarea celor două tipuri de cercetare pentru a putea îmbina rolul „cercetătorului convențional preocupat de obiectivitate, distanță și control cu cel al cercetătorului-acțiune, interesat de relevanță,

schimbare socială și validitate testată prin acțiunea părților interesate care sunt cele mai supuse riscurilor.” (*Brydon-Miller, M., Greenwood, D., Maguire, P., 2003, p.25*).

4.1 Cercetarea experimentală

Cercetarea experimentală s-a derulat în perioada 2014-2017 în cadrul unor proiecte succesive inițiate de Asociația Audiosofia cu sprijinul finanțier al Fundației Pentru Comunitate și Mol România în cadrul programului „Pentru sănătatea copiilor”. Cercetătoarea a coordonat toate cele patru proiecte pe parcursul întregii cercetări în calitate de vicepreședintă a Asociației Audiosofia (Tabel 4.1).

Cele patru proiecte („Jocul rupe masca tăcerii” în anul 2014, „Joc și culoare cu măștile călătoare” în anul 2015, „Caruselul măștilor” în anul 2016 și „Măști cu ecou” în anul 2017) au avut ca scop includerea copiilor cu implant cochlear în programe de terapie prin joc și dramaterapie alături de copii de aceeași vîrstă, cu auz normal sau purtători de aparate auditive convenționale (Tabel 4.2).

De menționat că în anul 2016 proiectului „Caruselul măștilor” i s-a decernat premiul pentru cel mai bun proiect organizat în cadrul programului „Pentru sănătatea copiilor”, obținând automat finanțarea pentru anul 2017.

Etapele proiectului de cercetare

Nr.	Nume proiect	Locație	Perioada
1	Jocul rupe masca tăcerii	București, Moeciu de sus, Eforie Nord	2014
2	Joc și culoare cu măștile călătoare	București, Olimp, Poiana Brașov	2015
3	Caruselul măștilor	București, Arieșeni, Eforie Nord, Câmpulung Muscel	2016
4	Măști cu ecou	Arieșeni	2017

Tabel. 4.1

4.1.1 Designul cercetării

Întreg proiectul de cercetare s-a desfășurat pe parcursul a patru ani de zile (2014-2017), în etape diferite. Fiecare etapă a fost organizată în cadrul Asociației Audiosofia în parteneriat cu mai multe instituții și asociații I.F.A.C.F – O.R.L ”Prof. Dr. Dorin Hociotă din București (Secția 6 externă), Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M. S. Curie” din

Bucureşti, clinica Otomed Medical Center din Bucureşti, firma de protezare auditivă „Audiologos”, Asociaţia „Ascultă viaţa” din Sibiu, „Asociaţia de Terapie prin joc şi Dramaterapie din România” din Braşov, Asociaţia „Corabia prieteniei” din Timişoara, Fundaţia „Aghora” din Bucureşti.

Copiii inclusi în terapie în decursul celor patru ani

Anul	N	%
2014	119	35.21
2015	88	26.04
2016	100	29.59
2017	31	9.17
Total	338	100

Tabel. 4.2

Pe parcursul întregului proiect au fost organizate grupuri de terapie mixte, formate atât din copii purtători de implant cochlear cât și din copii purtători de aparate auditive convenționale sau cu auz normal. Din totalul copiilor participanți la studiu, grupul țintă l-a reprezentat grupul format din copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear (Tabel 4.3).

Durata terapiilor (în zile) în funcție de perioada terapiei și tipul dispozitivului medical

Dispozitivul medical	Durata terapiilor (în zile)						
	Anul	N	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Implant cochlear	2014	29	16.07	31.13	4	4	105
	2015	52	46.65	48.99	4	5	108
	2016	48	9.92	17.03	4	5	75
	2017	24	5.00	0.00	5	5	5
	Total	153	22.80	37.14	4	5	108
Proteză auditivă	2014	8	89.00	35.62	4	105	105
	2015	13	68.92	44.48	5	96	108
	2016	11	31.73	34.31	7	7	75
	2017	1	5.00	.	5	5	5
	Total	33	59.45	44.71	4	75	108
Auz normal (fără dispozitiv)	2014	82	89.56	35.89	4	105	105
	2015	23	40.39	45.59	4	5	96
	2016	41	30.98	33.87	4	7	75
	2017	6	5.00	0.00	5	5	5
	Total	152	62.98	46.59	4	96	105
Total copii	Total	338	44.45	46.63	4	7	108
Analiza de varianta ANOVA - 1. $P \leq 0.0001$ între durată și perioade							
2. $P = 0.1057$ între durată și tipul dispozitivului							

Tabel. 4.3

Duratele diferă statistic semnificativ în funcție de perioada terapiei, dar nu diferă în funcție de tipul dispozitivului.

De menționat că pentru a surprinde cât mai multe detalii în ceea ce privește comunicarea și capacitatea de adaptare și de integrare a copiilor din grupul țintă, în anumite grupuri ei au fost minoritari iar în altele majoritari.

Pe parcursul întregului proiect, cercetătoarea a coordonat o echipă de voluntari profesioniști (psihologi, logopezi, educatori, asistenți sociali, medici, studenți ai școlii de

terapie prin joc și dramaterapie din România) care au contribuit la buna desfășurare a acestuia.

4.1.2 Etapele derulării activităților proiectului de cercetare

Etapa I – Jocul rupe masca tăcerii – 2014

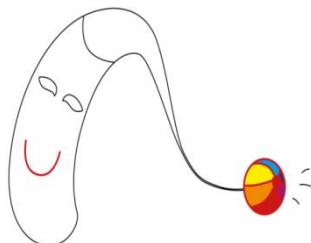
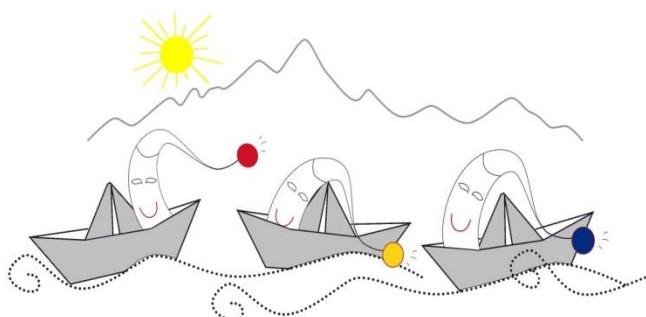


Fig. 4.2 Logo proiect „Jocul rupe masca tăcerii” (Copyright Alexandra Voicu)

1. Secția 6 externă a I.F.A.C.F – O.R.L. – terapie prin joc și dramaterapie – (spectacol „Cele 4 elemente”)
2. Otomed Medical Center – terapie prin joc
3. Tabăra națională de implant cochlear – Moeciu – dramaterapie –(spectacol, „În căutarea fericirii”)
4. Tabăra națională de implant cochlear – Eforie Nord – dramaterapie – (spectacol, „Măștile călătoare”)

Etapa a II-a – Joc și culoare cu măștile călătoare – 2015



Joc și culoare cu măștile călătoare

Fig. 4.3 Logo proiect „Joc și culoare cu măștile călătoare” (Copyright Alexandra Voicu)

1. Secția 6 externă a I.F.A.C.F – O.R.L – terapie prin joc și dramaterapie – (spectacol, „Magia măștii călătoare”)

2. Spitalul clinic de urgență pentru copii ”M.S.Curie” din București - terapie prin joc
3. Otomed Medical Center – terapie prin joc
4. Tabăra națională de implant cochlear – Olimp - dramaterapie – (spectacol,,Măștile din cutia emoțiilor”)
5. Tabăra națională de implant cochlear – Poiana Brașov - terapie prin joc și dramaterapie – (spectacol,,Măștile din cutia emoțiilor”)

Etapa a III-a – Caruselul măștilor – 2016

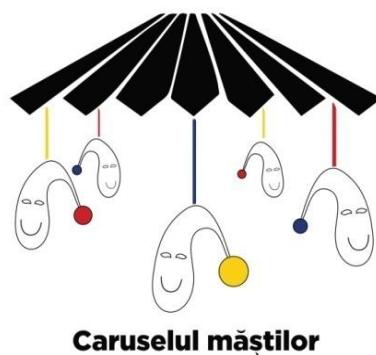


Fig. 4.4 Logo proiect „Caruselul măștilor” (Copyright Ioana Nicolescu)

1. Tabăra națională de implant cochlear – Arieșeni - dramaterapie – (spectacol,,Zarul vieții”)
2. Secția 6 externă a I.F.A.C.F – O.R.L – terapie prin joc
3. Otomed Medical Center - terapie prin joc
4. Conferința Europeană de Dramaterapie – București - dramaterapie – (spectacol „Zarul vieții”)
5. Tabăra națională de implant cochlear – Câmpulung Muscel - Cabana Voina - terapie prin joc și dramaterapie - (spectacol „Zarul vieții”)
6. Tabăra națională de implant cochlear – Eforie Nord - dramaterapie –(spectacol „Omul dintre două lumi”)
7. Congresul Național O.R.L – Băile Felix - dramaterapie – (spectacol „Zarul vieții”)

Etapa a IV-a – Măști cu ecou – 2017

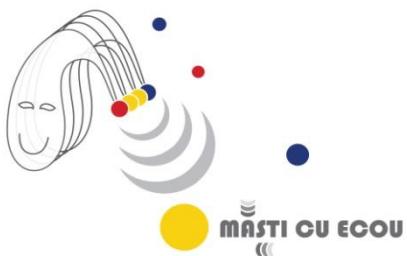


Fig. 4.5 Logo proiect „Măști cu ecou” (Copyright Ioana Niculescu)

1. Tabăra națională de implant cochlear – Arieșeni - dramaterapie – (spectacol „Inimi cu ecou”)

De menținat că proiectul „Măști cu ecou” s-a derulat în trei tabere naționale de implant cochlear (Arieșeni – februarie 2017, Eforie Nord – august 2017 și Bușteni - septembrie 2017) însă doar activitățile din tabăra de la Arieșeni intră în sfera proiectului de cercetare. De asemenea, în cadrul proiectului „Joc și culoare cu măștile călătoare” din anul 2015, la Timișoara, în colaborare cu Asociația „Corabia prieteniei” a avut loc un spectacol dramaterapeutic cu copiii din teritoriu (din județele Timiș și Arad) coordonat de specialiștii timișoreni. Acești copii nu au intrat în lotul de studiu, însă modelul de lucru a fost o replică a celui inițiat de cercetătoare. Dorim să facem aceste precizări pentru a sublinia amplitudinea proiectului care a funcționat pe mai multe planuri și care a avut impact la nivel național.

Realizând o radiografie panoramică a proiectului putem afirma în mod metaforic faptul că, la început, jocul a rupt masca tăcerii oferind copiilor metode noi și diverse de exprimare, apoi măștile au pornit în călătorie pentru a angrena cât mai mulți copii, urmând rotirea din carusel plină de bucurie, glasul copiilor auzindu-se în depărtări, propagat din ce în ce mai tare prin intermediul măștilor cu ecou.

Pentru fiecare grupă de vârstă s-a ales tipul de terapie adecvată. Astfel, pentru copiii cu vârstă cuprinsă între 3-6 ani s-a aplicat terapia prin joc, iar pentru grupa de vârstă 6-18 ani dramaterapia. Excepție au făcut grupurile copiilor din cadrul I.F.A.C.F – O.R.L - Secția 6 externă – Grădinița „Ciuboțica cucului” cărora li s-au aplicat ambele tipuri de terapie.

Numărul de participanți în funcție de terapie și ani

		Dramaterapie		Terapie prin joc		Total	
	An	N	%	N	%	N	%
Terapia 1	2014	114	100	0	0	114	100
	2015	41	100	0	0	41	100
	2016	0	0	52	100	52	100
	2017	31	100	0	0	31	100
	Total	186	78.15	52	21.85	238	100
Terapia 2	An	N	%	N	%	N	%
	2014	0	0	81	100	81	100
	2015	0	0	61	100	61	100
	2016	48	100	0	0	48	100
	Total	48	25.26	142	74.74	190	100
Testul Chi2 – P ≤ 0.0001							
Distribuția este statistic semnificativă în ambele cazuri de terapie.							

Tabel. 4.4

Numărul total al participanților în funcție de locație

Locația	Perioadele				
	2014	2015	2016	2017	În total în cei 4 ani
Numărul copiilor participanți					
ARIEȘENI 2017	0	0	0	31	31
ARIEȘENI 2016	0	0	22	0	22
CIUBOTICA 2016	0	0	22	0	22
CIUBOTICA 2014	76	0	0	0	76
CIUBOTICA 2015	0	14	0	0	14
EFORIE NORD 2014	27	0	0	0	27
EFORIE NORD 2016	0	0	19	0	19
MOECIU 2014	11	0	0	0	11
MS CURIE 2015	0	17	0	0	17
OLIMP 2015	0	22	0	0	22
OTOMED 2014	5	0	0	0	5

OTOMED 2015	0	10	0	0	10
POIANA BRAŞOV2015	0	25	0	0	25
CABANA VOINA 2016	0	0	37	0	37
Totalul locațiilor 14	119	88	100	31	33

Tabel. 4.5

Numărul participanților în funcție de numărul de sesiuni și ani

Anul	10 sesiuni		12 sesiuni		15 sesiuni		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2014	38	31.93	5	4.2	76	63.87	119	100
2015	88	100	0	0	0	0	88	100
2016	100	100	0	0	0	0	100	100
2017	31	100	0	0	0	0	31	100
Total	257	76.04	5	1.48	76	22.49	338	100
Testul Chi2 – P ≤ 0.0001								
Distribuția este statistic semnificativă								

Tabel. 4.6

4.1.3 Metode și tehnici de intervenție

Metodele și tehnicele la care ne vom referi sunt specifice terapiei prin joc și dramaterapiei. Pentru ambele tipuri de terapie, la începutul primei sesiuni s-au stabilit de comun acord regulile grupului, care au fost reamintite la fiecare întâlnire. Astfel s-a asigurat un cadru cât mai securizant pentru toți participanții la grup. Această manieră de desfășurare a sesiunilor a obișnuit copiii cu un cadru predictibil menit să le ofere încredere. De asemenea finalul întâlnirilor a fost marcat de fiecare dată în mod specific, pentru a facilita ieșirea din activitatea jocului sau din cea a realității dramatice.

Pentru fiecare copil care a participat la proiectul de cercetare a fost solicitat consimțământul părinților (anexa 4), care au fost informați îndeaproape asupra întregului proces terapeutic.

4.1.3.1 Terapia prin joc

Grupurile de terapie prin joc au fost alcătuite în perioada 2014-2016, în Bucureşti, în diverse locaţii: I.F.A.C.F. – O.R.L (secţia 6 externă), clinica Otomed Medical Center şi Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii „M.S.Curie”. Grupurile terapeutice au fost formate din copii hipoacuzici purtători de implant cochlear sau de aparete auditive convenționale și din copii cu auz normal, cu vîrstă cuprinsă între 3 și 6 ani. În funcţie de locaţie și de specificitatea grupului durata terapiei a fost cuprinsă între 10, 12 și 15 şedinţe pentru fiecare grup.

Fiecare şedinţă de terapie prin joc a durat 60 de minute și a fost structurată în trei părţi esenţiale iar timpul alocat fiecărei părţi a fost împărţit astfel: forumul de început și activităţile de încălzire (15 min), activităţile propriu-zise destinate temei întâlnirii respective (30 min) și activităţile și formula de încheiere (15 min).

Scop și obiective

Scopul principal a fost ca prin intermediul tehniciilor terapeutice să se stimuleze laturile deficitare, plecându-se de la întărirea celor deja existente. O dezvoltare armonioasă și clădirea stimei de sine se poate obține doar prin parcurgerea tuturor etapelor *jocului neuro-dramatic* (Sue Jennings), ținând cont însă de nevoile, ritmul, nivelul, resursele și particularitățile fiecărui copil.

Metode

Tehnicile de lucru utilizate pe toată perioada derulării proiectului au fost cele specifice terapiei prin joc: desen, pictură, modelaj în lut și plastilină, jocul cu miniaturi, mânuirea marionetelor, jocul cu nisip sau făină, stimularea multi-senzorială, confecționarea și pictarea măștilor, jocuri de rol, povesti terapeutice, jocuri fizice și corporale. S-a urmărit menținerea grupului în formă de cerc pentru a crea senzația de conținere și siguranță. Activitățile s-au bazat pe sursele bibliografice menționate la sfârșitul subcapitolului și au fost adaptate în funcție de context și de nevoile grupului.

Rezultate

Referindu-ne la conceptul de *joc neuro-dramatic*, s-a observat dificultatea și reticența copiilor aflați în grupul său de a parurge ultimele patru etape din cele șapte: schimbarea rolurilor, comandarea și rearanjarea, crearea de narăriuni, improvizația și povestea. Acest lucru se explică prin dificultatea utilizării limbajului verbal ca sursă activă de exprimare. În urma procesului terapeutic, s-a obținut o îmbunătățire vizibilă în aceste arii deficitare.

Imagini din proiectul „Jocul rupe masca tăcerii” – I.F.A.C.F. – O.R.L 2014





Imagine din proiectul „Jocul rupe masca tăcerii” – clinica Otomed Medical Center 2014



Imagini din proiectul „Joc și culoare cu măștile călătoare” – I.F.A.C.F. – O.R.L

2015



Imagini din proiectul „Joc și culoare cu măștile călătoare” – Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S.Curie” 2015





Imagine din proiectul „Joc și culoare cu măștile călătoare” – Otomed Medical Center 2015





Imagini din proiectul „Caruselul măștilor” – I.F.A.C.F. – O.R.L 2016





Bibliografie

1. Cohen, L. J. (2012). *Rețete de jocuri – De ce și cum să te joci cu copilul tău*. Ed. Trei
2. Filipoi, S. (1998). *Basme terapeutice pentru copii și părinți*. Fundația Culturală Forum
3. Jennings, S. (2004). *Introduction to Developmental Playtherapy – Playing and Health*. Jessica Kingsley Publishers London and New York
4. Jennings, S. (2007). *Creative storytelling with children at risk*. Speechmark Publishing Ltd.
5. Jennings, S. (2006). *Creative play with children at risk*. Speechmark Publishing Ltd.
6. Jennings, S. (2012). *Neuro-dramatic-play and trauma ‘Towards Healing and Hope’*. B. Braun Sharing Expertise.
7. Jennings, S. (2013). *Neuro-dramatic-play (part one)*. Pheonix Printers Sdn Bhd, Penang, Malaysia
8. Jennings, S. (2013). *101 Ideas for Managing Challenging Behaviour*. Hinton House Publishers Ltd.
9. Kaduson, H., Schaefer, C. (2015). *101 Tehnici favorite ale terapiei prin joc*. Ed. Trei
10. Kallo, E., Balog, G., (2005). *The Origins of Free Play*. Pikler-Loczy Tarsaság, Budapest

11. Luby, J. L. (2006). *Haandbook of Preschool Mental Health Developppment, Disorders and Treatment*. The Guildford Press - New York.
12. Piaget, J. (2005). *Reprezentarea lumii la copil*. Ed. Cartier
13. Piaget, J., Inhelder, B., (2005). *Psihologia copilului*. Ed. Cartier
14. Popescu, G. (2004). *Psihologia creativității*. Ed. Fundației România de mâine
15. Rubin, J.A. (2009). *Art-terapia – teorie și tehnică*. Ed. Trei

4.1.3.2 Dramaterapia

Grupurile de dramaterapie au fost alcătuite în perioada 2014-2017, în diverse locații: din București (I.F.A.C.F. – O.R.L - secția 6 externă) și din taberele naționale de implant cochlear desfășurate în Eforie Nord, Olimp, Poiana Brașov, Arieșeni și Câmpulung.

Fiecare grup constituia beneficiat de 10 întâlniri (care au durat între 60 și 90 de minute fiecare) în funcție de vîrstă participanților și de nevoile grupului. Această structură a fost modificată în cazul grupurilor de copii cu care s-a lucrat în taberele de implant cochlear unde activitățile au fi zilnice, timp de o săptămână (de două ori în fiecare zi) și a celor de la I.F.A.C.F – O.R.L (secția 6 externă) care au beneficiat de 15 sesiuni.

Pentru întâlnirile cu durata de 90 de minute:

1. formula de început și activitățile de încălzire (20 minute)
2. activitățile propriu-zise destinate temei întâlnirii respective (50 minute)
3. activitățile și formula de încheiere (20 minute)

Tehnicile de lucru utilizate au fost cele specifice dramaterapiei: dans, muzică, tehnici de teatru, tehnici de improvizație, pictarea măștilor, mișcare corporală, jocuri de grup, jocuri de echipă, mimă, joc de rol, pictură, crearea diverselor personaje.

Scop

Scopul inițial a fost atins astfel că, de la an la an complexitatea pieselor a crescut într-un crescendo continuu, oferind astfel posibilitatea copiilor care au participat în repetate rânduri la sesiunile terapeutice, să se familiarizeze cu metoda terapeutică, experimentând situații diverse. Chiar dacă temele abordate au fost diferite și fiecare piesă a fost unică, a existat o continuitate referitoare la stilul de abordare și la metodologie.

Simbolistica măștii

Lăsat motivul tuturor pieselor de dramaterapie care au făcut parte din această cercetare a fost masca. S-a ales acest simbol din mai multe considerente, mai ales cu scopul de a

dezbată împreună cu copiii diverse aspecte de viață care pot fi analizate și prelucrate prin intermediul măștii:

- Ce este masca?
- Care este simbolistica măștii?
- Ce ascunde masca?
- Cum poate fi folosită masca în diverse contexte?
- Care sunt aspectele pozitive, negative și neutre ale măștii?
- Care este semnificația măștii legată de copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear?
- Cum poate fi transformată masca?
- Este utilă masca în anumite situații?

Criterii de alcătuire a scenariilor

Trebuie amintit că fiecare piesă de teatru a fost creată pentru un anumit grup de copii, împreună cu acei copii. De aceea fiecare piesă este unică în felul ei, chiar dacă poate fi replicată și cu alte grupuri de copii. Temele au fost inspirate din experiențele lor de viață, specifice particularității lor de purtători de implant cochlear. Criteriile de care s-a ținut cont în alcătuirea scenariilor au fost:

- Numărul participanților
- Vârsta biologică a copiilor
- Vârsta auditivă a copiilor purtători de implant cochlear
- Nivelul de inteligență și claritate a redării ei
- Ponderea participării copiilor cu auz normal alături de cei hipoacuzici, având în vedere că toate grupurile de terapie au fost mixte
- Caracteristicile, disponibilitatea și abilitățile personale ale fiecărui copil participant
- Caracteristicile, nevoile și particularitățile fiecărei perioade de vîrstă
- Timpul și spațiul alocat sesiunilor terapeutice și pregătirii spectacolului
- Numărul și domeniul de pregătire al voluntarilor profesioniști

Muzica

Muzica a jucat un rol deosebit de important în piesele dramaterapeutice, oferind de fiecare dată un liant al scenariilor. S-a ales cu precădere muzica clasică instrumentală pentru a evita interferența versurilor, urmărind linia melodica și mișcarea corporală în

concordanță cu aceasta. Temele muzicale cunoscute publicului larg nu au fost alese întâmplător ci cu scopul de a pune în valoare momentele dramaterapeutice, a stimula expresivitatea și mișcarea corporală a copiilor, a le antrena auzul și a oferi momente de sensibilitate atât copiilor cât și întregii audiențe.

În continuare vom prezenta specificitatea fiecărei piese dramaterapeutice cu scopul de a evidenția dinamica și particularitățile fiecărei etape din cadrul proiectului de cercetare și de a puncta scopul, obiectivele și rezultatele calitative obținute.

1. CELE 4 ELEMENTE



a) Rezumat

Reprezentarea evocă într-un mod foarte plastic rolul celor patru elemente primordiale: aerul, apa, pământul și focul, în menținerea echilibrului și a atmosferei de pace. Coloritul costumelor, muzica, jocul scenic sunt menite să ilustreze esența tuturor lucrurilor, făurite să creeze statornicie și încredere. Evidențierea valorilor particulare și a celor comune se face într-o dinamică crescândă ce îndeamnă la viață, la dinamism și trăire autentică. Divergențele care amenință dezintegrarea materiei sunt contracarate

prinț-o atitudine pașnică ce renunță la război și alege jocul și bucuria împărtășită în comun.

b) Structura grupului

- 76 de copii cu vîrste cuprinse între 3-6 ani, împărțiți în 4 grupe, dintre care:
 - 2 copii purtători de implant cochlear,
 - 7 copii copii purtători de aparate auditive convenționale
 - 67 de copii cu auz normal
- 7 voluntari (cercetătoarea, 4 studenți ai școlii de terapie prin joc și dramaterapie din România, două educatoare)

c) Locație

- Secția 6 externă a I.F.A.C.F – O.R.L din București (2014) în care s-au derulat 15 sesiuni de grup

d) Scop și obiective

- Unul din scopurile majore a fost de a alcătui grupuri terapeutice de copii, majoritatea covârșitoare fiind cu auz normal pentru a putea urmări integrarea celor hipoacuzici, în special a celor purtători de implant cochlear
- Înându-se cont de vîrstă copiilor, s-a dorit aplicarea celor două tipuri de terapii: terapia prin joc și dramaterapia pentru a le putea oferi o plajă cât mai mare de opțiuni, pentru a se putea exprima
- S-a dorit implicarea cadrelor didactice din instituție pentru a reuși schimbarea viziunii și a mentalităților în ceea ce privește mijloacele de comunicare și de exprimare ale copiilor în general

e) Teme abordate

- Piesa a fost centrată pe temelor patru elemente (apă, aer, pământ și foc), a jocului, a mișcării, a muzicii și dansului
- A fost abordată și tema războiului menit să distrugă echilibrul celor patru dacă nu există pace și înțelegere

f) Mesajul piesei

- S-a pus mare accent pe bucuria jocului și a dansului, care reprezintă valori umane universale și care sparg toate barierele de comunicare
- Prin joc și dans copiii reușesc să găsească punctile comune de comunicare, indiferent de granițele care-i despart și de particularitățile fiecăruia dintr ei

- Bucuria împărtășită prin intermediul jocului reușește să învingă forțele întunecate menite să declanșeze războaie și să întrețină ura și dezbinarea
- Forța și energia pe care o împrăștie cele patru elemente primordiale îi îndeamnă pe copii să găsească drumul către pace

g) Semnificația măștii

- Măștile au avut două semnificații: aceea de a putea identifica cele patru elemente ale pământului cu specificul ei pe de o parte, iar pe de alta de a îngloba furia nevăzută a războiului ascunsă în spatele ei.

h) Metode

- Pentru pregătirea spectacolului s-au aplicat tehnici atât legate de terapia prin joc (jocuri fizice, pictură, desen, modelaj, jocul cu miniaturi și marionete) cât și dramaterapeutice(joc de rol, improvizație, dans, mișcare corporală)
- Fiecare grupă de copii a simbolizat câte unul dintre cele patru elemente: aer, pământ, apă și foc

i) Rezultate

În urma sesiunilor terapeutice a avut loc o îmbunătățire treptată a strategiilor de reglare emoțională și comportamentală a copiilor. Au învățat să respecte regulile, să aibă o rutină a activităților, să-și aștepte rândul și să se exprime într-o manieră acceptată de grup. Copiii așteptau cu plăcere întâlnirile săptămânale și erau dornici să participe la activități.

j) Discuții

Trebuie remarcat că locația în care s-au desfășurat activitățile terapeutice, respectiv secția 6 externă a I.F.A.C.F – O.R.L „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București, este o secție de spital cu paturi, transformată în grădiniță de zi, dar regim de internat pentru copiii hipoacuzici din provincie sau pentru cei cu situații materiale și familiale deficitare. Așadar această instituție este frecventată atât de copiii veniți din cartierele bucureștene cât și de copii cu vîrste cuprinse între 3 și 6 ani, care își revăd familiile o dată pe lună, dacă nu și mai rar. Efectele emoționale negative cauzate de lipsa sau întreruperea relațiilor familiale, s-au constatat și în întâlnirile terapeutice de grup. Apariția lor a necesitat gestionarea unor situații delicate de către echipa de profesioniști.

Spectacolul dramaterapeutic a fost unul extrem de provocator atât pentru copii cât și pentru echipa de cercetare. Practic s-a creat un grup mixt de 76 de copii (chiar dacă nu toți au participat în mod constant la toate sesiunile) dintre care doar doi dintre ei făceau parte

din grupul țintă. Cei doi copii purtători de implant cochlear au fost puși în situația de a face față situațiilor reale de viață în care ei se află mereu într-o covârșitoare minoritate. De menționat că alături de ei au participat și copii cu dificultăți de învățare, hiperkinezie, tulburări de atașament și elemente din spectrul autist. Aprecierile venite atât din partea părinților copiilor hipoacuzici cât și a celor cu auz normal au venit să întărească ideea derulării constante a unui astfel de program în unitățile de învățământ în care se află copii purtători de implant cohear.

k) Bibliografie

1. Chesner, A. (2004). *Dramatherapy for People with Learning Disabilities – A World of Difference*. Jessica Kingsley Publishers
2. Cohen, L. J. (2012). *Rețete de jocuri – De ce și cum să te joci cu copilul tău*. Copyright Ed. Trei
3. Constantin, V., Mitrofan, I. (2013). *Învățarea experiențială prin dramaterapie*. Ed. Sper
4. Filipoi, S. (1998). *Basme terapeutice pentru copii și părinți*. Fundația Culturală Forum
5. Jennings, S. (2006). *Creative play with children at risk*. Speechmark Publishing Ltd.
Detalii legate de piesă au fost relatate ulterior de Cernea, M. în:
 6. Cernea, M., (2014) *Promovarea proceselor reziliente pentru copiii hipoacuzici prin terapie prin joc și dramaterapie*. Al II-lea Congres Mondial de Reziliență, Timișoara
 7. Cernea, M. (2014). *Jocul rupe masca tăcerii*. ORL.RO, Nr. 22 1/2014 (Versa Puls Media)
 8. Șerb, I., Cernea, M. (2016). - capitol de carte „*A bridge over troubled waters: „Play can break the mask of silence”* - Jennings, S., Holmwood, C., (2016). *Routledge International Handbook of Dramaotherapy*. Routledge International Handbooks

2. ÎN CĂUTAREA FERICIRII



a) Rezumat

Acțiunea se petrece pe tărâmul oamenilor care purtau măștile tristeții, până în momentul în care au fost vizitați de claușul cel vesel care i-a trezit la viață prin intermediul sunetelor și al muzicii. Claușul însă le-a încreștinat o misiune și anume aceea de a găsi singuri fericirea. Modalitatea prin care aveau să-o afle era ca fiecare să o caute în lăuntrul său. Ei au reușit astfel să descopere cât de valoroși sunt și câte resurse nebănuite se ascund în fiecare (în domeniul dansului, picturii, sportului, fotografiei, ziaristicii, etc). Astfel, împreună, după drumul lung pe care l-au avut de străbătut, au găsit calea spre fericire, iar ceea ce a fost mai important a fost că au găsit-o împreună.

b) Structura grupului

- 11 copii (cu vârste cuprinse între 7 și 15 ani) dintre care:
 - 6 copii purtători de implant cochlear
 - 1 copil purtător de aparate auditive convenționale

- 4 copii cu auz normal
- 3 voluntari (cercetătorul, un student la școala de terapie prin joc și dramaterapie din România, un student la facultatea de medicină din Belgia, specialist în dans)

c) Locație

- Tabăra națională de implant cochlear organizată la Moeciu de Sus (2014)

d) Scop și obiective

Realizarea piesei de teatru a urmărit mai multe scopuri:

- să existe un proces dramaterapeutic nondirectiv în cea mai mare parte, prin care copiii să fie puși în ipostaza de a experimenta realitatea dramatică și realitatea de zi cu zi în scop terapeutic
- să fie un spectacol în care copiii cu implant cochlear să se poată exprima cât mai liber și să comunice prin orice fel de mijloace
- să fie un spectacol în care fiecare copil să poată ieși în evidență cu aspectele sale pozitive, care-l valorizează și care-i fac plăcere
- copiii cu implant cochlear să construiască piesă împreună cu copiii cu auz normal în ideea realizării unui proiect comun
- copiii cu implant cochlear să fie capabili să identifice domeniile pe care le abordează cu pasiune și în care sunt talentați
- proiectul final, în spatele piesă de teatru, să fie un mijloc prin care ei să se simtă valorizați în fața publicului, având sentimentul că sunt apreciați și că sunt capabili să realizeze ceva prin propriile forțe, ceea ce duce la creșterea stimei de sine

e) Teme abordate

Tema centrală a fost cunoașterea de sine, care-ți permite să conștientizezi că ești valoros prin ceea ce ești și prin ceea ce poți să faci. Prin faptul că ești valoros, ești apreciat și acceptat în grupul de prieteni cu care poți comunica prin orice mijloace (verbale, corporale, artistice). Este pus pe tapet în mod simbolic și momentul în care șansa de a auzi, preface starea de tristețe și lentoare într-o animată și veselă. Are loc o metamorfoză și trezire la o nouă viață, plină de oportunități și aspirații.

f) Mesajul piesei

Mesajul piesei nu a fost îndreptat doar către copii ci și către părinți și specialiști. Copiii au trebuit să înțeleagă faptul că sunt valoroși și cu nimic mai prejos decât copiii cu auz

normal cu care pot forma oricând o echipă, pentru a avea un țel comun. Mesajul către părinți a fost și el unul de conștientizare a faptului că în fiecare copil se ascund resurse care trebuie explorate și exploatațe în sensul bun al cuvântului. Să încerce să-și privească copiii în lumina calităților și nu a neajunsurilor și defectelor. Să-și dea seama că depresia nu este decât o stare din care pot ieși dacă apelează la cei din jur, la familie și la comunitate în general. Că dincolo de tristețe există și bucurie, în ciuda obstacolelor care sunt de străbătut.

g) Semnificația măștii

Masca a simbolizat tristețea și blocajul emoțional al copiilor care nu aud sau al părinților care află că au un copil hipoacuzic. Deși este dificil să fie înlăturată, iar acest lucru necesită timp îndelungat uneori, găsirea soluțiilor optime și căutarea resurselor face posibil acest lucru în cele din urmă.

h) Metode

- S-a pus accentul foarte mult pe exprimarea nonverbală, ținându-se cont de faptul că dintre cei opt copii cu implant cochlear, șase aveau dificultăți de vorbire și de exprimare.
- Tehnicile dramaterapeutice s-au bazat aşadar pe dans, imagine și mișcare corporală, în ritmul muzicii alese în mare parte de către copii.
- În focus grup au fost abordate teme precum hoburile și preferințele fiecărui, subiecte care s-au dezvoltat pe parcursul procesului terapeutic

i) Rezultate

La finalul terapiei s-au obținut următoarele rezultate de către copiii purtători de implant cochlear:

- au reușit să-și identifice resursele
- au reușit să realizeze crearea unui proiect împreună cu copiii cu auz normal de vîrste similare
- au reușit să se exprime liber și să dorească să apară pe o scenă, în fața unui public împreună cu care să-și împărtășească experiența
- au conștientizat faptul că pot comunica nu doar prin intermediul limbajului vorbit
- au reușit să se coordoneze și să-și planifice timpul astfel încât să fie punctuali la întâlnirile terapeutice de pe tot parcursul taberei

j) Discuții

- Fiind prima reprezentăție de acest fel în România, s-a așteptat cu interes acest eveniment. Experimentul a fost de succes iar ecurile venite din partea copiilor, a părinților și a specialiștilor prezenți la eveniment au fost încurajatoare. Această piesă a constituit un punct de plecare pozitiv în demersul continuării acestui proiect.

k) Bibliografie

1. Duggan, M., Grainger, R. (1997) *Imagination, Identification and Catharsis in Theatre and Therapy*. Jessica Kingsley Publishers London and Bristol, Pennsylvania
2. Jennings, S. (2013). *101 Ideas for Managing Challenging Behaviour*. Hinton House Publishers Ltd.
3. Johnstone, K., (1991). *IMPRO - Improvisation and the Theatre*. Methuen Drama

Detalii legate de piesă au fost relatate de Cernea, M., în articolul În căutarea fericirii - Revista ORL.RO, Nr. 24 3/2014, <https://www.medichub.ro/>.

3. MĂŞTILE CĂLĂTOARE



a) Rezumat

Povestea se petrece pe tărâmul oamenilor veseli în mijlocul cărora trăia un pictor foarte special. Într-o bună zi acest tărâm a fost bântuit de vrăjitoarea cea rea care i-a blestemat pe oameni să poarte măști. Pictorul era fascinat de aceste măști, el însuși purtând o mască. Era convins că trebuia să se ascundă în spatele ei, fără să-și arate adevărată identitate deoarece era plin de neîncredere în a-și dezvăluia înfățișarea brăzdată de o cicatrice. Singurul moment în care-și dezvăluia chipul era noaptea. Doar atunci el își dădea masca la o parte, privind cu plăcere lumea care-l înconjura. Această lume îi arăta cât de talentat, cât de dornic de libertate, de cunoaștere și de a-și face prieteni este. Toți cei din jur îl apreciază și doresc să-l cunoască mai bine, doar că el este incapabil să-și scoată masca. Din dorința de a-l ajuta, Soarele și Luna îi pregătesc o farsă, inversând ziua cu noaptea, astfel încât eroul nostru să credă că ziua este noapte și noaptea este zi. Doar aşa el va reuși să-și scoată masca. Metamorfoza eroului străbate mai multe etape deloc ușoare, însă la final reușește să-și îndepărteze masca.

b) Structura grupului

- 26 de copii (cu vârste cuprinse între 10 și 18 ani) dintre care:
 - 19 copii purtori de implant cohlear

- 7 copii cu auz normal
- 3 voluntari (cercetătorul și doi absolvenți ai școlii de terapie prin joc și dramaterapie din România)

c) Locație

- Tabăra națională de implant cochlear desfășurată la Eforie Nord (2014)

d) Scop și obiective

- Unul dintre scopurile majore a fost acela de a putea coordona un grup mixt atât denumeros, care lua prima dată contactul cu abordarea dramaterapeutică
- S-a dorit mobilizarea și stimularea tuturor resurselor creative ale copiilor și crearea unui cadru special în care ei să se poată exprima fără bariere
- S-a urmărit crearea unui spectacol inedit a cărui reprezentăție să fie pe plaja din Eforie Nord, mobilizându-se numeroase resurse atât materiale cât și umane

e) Teme abordate

Stima în sine, rușinea de a fi diferit, neîncrederea în propriile forțe și în ceilalți, lipsa curajului de a întreprinde ceva, supraprotecția și evitarea de a interacționa cu cei din jur din echipă de a fi respins. Autoexcluderea și autoacceptarea. Credința în blestem și în faptul că destinul poate fi pecetluit. Imaginea corporală și percepția ei de către societate. Mobilizarea și reorientarea tuturor forțelor către realizarea unui scop.

f) Mesajul piesei

Piesa a abordat mai multe aspecte ale persoanei care suferă de o anumită deficiență, indiferent care este aceasta. Unul dintre mesajele care au ajuns la copii și la public a fost acela că poți avea aspirații și reușite indiferent dacă ai o deficiență. Este posibil să treci peste vicisitudinile vieții având încredere că poți reuși atât prin propriile forțe cât și prin sprijinul celor din jur. Niciodată nu ești singur și indiferent de situație, există cineva care te apreciază și poate avea încredere în tine. Părinții au trebuit să înțeleagă că acești copii au nevoie să fie încurajați să fie autonomi. Dacă sunt dirigați în permanență și supraprotejați, nu au cum să-și dezvolte abilitățile necesare unei vieți independente.

g) Semnificația măștii

Masca a avut aici rolul de a acoperi o deficiență fizică, de a fi paravanul comunicării cu exteriorul. Masca a constituit bariera ce trebuia eliminată pentru continuarea unui drum. Întreaga piesă s-a construit pe conotația negativă a măștii.

h) Metode

- parcurgerea unui proces terapeutic de scurtă durată în care metodele dramaterapeutice nondirective au fost combinate cu cele directive
- în focus grup au fost abordate teme precum hobbyurile și planurile de viitor ale fiecărui în ceea ce privește alegerea unei meserii
- momentele de improvizare au alternat cu cele în care copiii au trebuit să se coordoneze în grupuri mici, iar la final în grupul mare
- mișcarea corporală, muzica și dansul au constituit pilonii principali de alcătuire a piesei
- accentul pus pe coordonarea mișcărilor simultane în grup și sincronizarea lor au conferit stabilitate grupului

i) Rezultate

Dintre rezultatele obținute la final vom enumera:

- realizarea coeziunii de grup, un grup numeros de 25 de copii, dintre care 20 purtători de implant cochlear
- elementul de noutate care a stârnit curiozitatea și interesul copiilor pentru repetiții, a dus la mobilizarea tuturor forțelor în construirea piesei
- modalitățile de exprimare nonverbală au constituit elemental de relaxare, copiii nefiind nevoiți să vorbească în fața microfonului decât opțional
- echipele mixte (copii purtători de implant cochlear și copii cu auz normal) au colaborat fără a interveni probleme de comunicare sau de altă natură

j) Discuții

De menționat că această reprezentare a avut o caracteristică specială și inedită deoarece era planificat să se desfășoare chiar pe nisipul plajei din Eforie Nord. Ultima repetiție a avut loc pe plajă spre încântarea copiilor și a audienței. Atmosfera de vacanță a venit să întărească buna dispoziție a copiilor în timpul repetițiilor. Toate pregătirile necesare au fost făcute în acest sens doar că vremea nefavorabilă nu a permis acest lucru. Într-un final ea s-a desfășurat pe scena complexului Dunărea din Eforie Nord în condiții optime.

k) Bibliografie

1. Jennings, S. (2013). *101 Activities for Social & Emotional Resilience*. Hinton House Publishers Ltd.

2. Jennings, S. (2013). *101 Ideas for Managing Challenging Behaviour*. Hinton House Publishers Ltd.
3. Johnstone, K., (1991). *IMPRO - Improvisation and the Theatre*. Methuen Drama

Aspecte specifice referitoare la acest spectacol dramaterapeutic au fost relatate ulterior de Cernea, M., în articolul *Jocul rupe masca tăcerii* - Revista ORL.RO, Nr. 22 1/2014, <https://www.medichub.ro/> respectiv în capitolul de carte *A bridge over troubled waters: "Play can break the mask of silence"*, autori řerb, I., Cernea, M., publicat de Jennings, S., Holmwood, C., în *Routledge International Handbook of Dramatherapy* – Routledge Taylor & Francis Group London and New York 2016.

4. MAGIA MĂŞTII CĂLĂTOARE



a) Rezumat

Acțiunea se petrece în lumea copiilor și a copilăriei, plină de viață, cu jocuri, dansuri și culori de curcubeu, în care se presupune că toți ar trebui să fie fericiți. Eroina principală care trăiește în această lume, are un vis urât la un moment dat, care o face să devină tristă. Deși era plină de calități, faptul că purta o mască o făcea să se simtă diferită și respinsă de ceilalți copii. Coșmarul fetei surprinde mai multe fațete ale rejetului, marginalizării și prejudecăților. Încercările ei repetate de a fi acceptată de grup sunt fără succes. Când reușește să le arate cine este ea cu adevărat, metamorfoza se produce și coșmarul se spulberă, fata reintrând în realitatea de zi cu zi. Veselia și jocul pun din nou stăpânire pe lumea copiilor și a copilăriei.

b) Structura grupului

12 copii dintre care:

- 1 copil hipoacuzic purtător de implant cochlear
- 2 copii hipoacuzici purtători de aparate auditive convenționale
- 9 copii cu auz normal
- 4 voluntari (cercetătoarea, trei educatoare)

c) Locație

- Secția 6 externă a I.F.A.C.F – O.R.L din București (2015)

d) Scop și obiective

Scopul principal a fost realizarea unei piese dramaterapeutice cu un grup de copii care a prezentat anumite particularități legate de deficiențele senzoriale, intelectuale și de limbaj. Acest lucru a presupus o abordare adaptată nivelului și cerințelor grupului, echipa de profesioniști fiind pusă în situația de a adapta din mers activitățile și obiectivele de lucru.

e) Teme abordate

Se evidențiază teme legate de discriminare și marginalizare pe de-o parte și prin contrast, teme care pun în valoare resursele și aptitudinile personale, sau valorile individuale și de grup. Într-un mod aparte este introdusă și tema visului, acea ieșire din realitatea cotidiană care poate fi refugiu sau, dimpotrivă, un spațiu în care nu dorești să te afli. Unicitatea personajului principal se împletește în mod armonios cu diversitatea grupului de care este respins inițial, ca mai apoi să fie acceptat.

f) Mesajul piesei

Acțiunea întregului spectacol îndeamnă la acceptarea aproapelui indiferent de particularitățile lui și descoperirea resurselor proprii și ale celorlați, care pot deveni surse de inspirație.

g) Semnificația măștii

Masca este cea care pe de-o parte ascunde marile secrete, iar pe de alta este o fereastră către ceilalți, simbolizând comunicarea și înțelegerea.

h) Metode

S-au folosit metodele dramaterapeutice de joc și improvizare, punându-se accent pe colaborarea dintre toți membrii grupului de copii și pe armonizarea lor prin dans și mișcare. Pentru a funcționa ca un tot unitar, inițial s-au folosit jocurile în perechi, apoi în grupuri mici, ca în final întreg grupul să fie reunit. Sarcinile de execuție au respectat nivelul de receptivitate a grupului, de înțelegere și nevoile acestuia. Gradul de dificultate al cerințelor scenice a fost unul destul de scăzut, iar muzica a reprezentat un liant important pe parcursul întregului proces. Elementele repetitive au fost necesare pentru a menține coeziunea grupului și pentru a conferi siguranță copiilor.

i) Rezultate

Copiii au fost capabili să se armonizeze și să înțeleagă tema propusă, fiind dispuși să colaboreze la activitățile de grup.

j) Discuții

Trebuie avut în vedere că majoritatea membrilor grupului de copii aveau un grad mai mare sau mai mic de deficiențe senzoriale sau intelectuale. În ciuda acestui fapt, spectacolul a fost o reușită.

k) Bibliografie

1. Chesner, A. (2004). *Dramatherapy for People with Learning Disabilities – A World of Difference*. Jessica Kingsley Publishers
2. Cohen, L. J. (2012). *Rețete de jocuri – De ce și cum să te joci cu copilul tău*. Copyright Ed. Trei
3. Constantin, V., Mitrofan, I. (2013). *Învățarea experiențială prin dramaterapie*. Ed. Sper
4. Filipoi, S. (1998). *Basme terapeutice pentru copii și părinți*. Fundația Culturală Forum
5. Jennings, S. (2006). *Creative play with children at risk*. Speechmark Publishing Ltd.

5. MĂŞTILE DIN CUTIA EMOTIILOR



a) Rezumat

Subiectul piesei se învârte în jurul personajului principal care se confruntă cu o multitudine de emoții atât pozitive cât și negative (bucurie, tristețe, furie, încredere, etc.) cărora trebuie să le facă față. Înainte de a le face față însă el trebuie să înevețe să le recunoască și să le accepte exact așa cum sunt. Trebuie să înțeleagă că fac parte din ființa lui și cu cât le cunoaște mai bine, cu atât le poate gestiona mai bine, devenindu-se o persoană completă și matură. El este invadat de ele la început, însă pe măsură ce procesul său de conștientizare continuă, reușește să le accepte, să se împrietenească cu ele, să le permită să iasă la suprafață, acceptându-se de fapt pe sine.

b) Structura grupului

- 23 de copii (cu vârste cuprinse între 11 și 18 ani) dintre care:
 - 17 copii purtători de implant cochlear
 - 6 copii cu auz normal
- 3 voluntari (cercetătorul, un absolvent și un student ai școlii de terapie prin joc și dramaterapie din România)

c) Locație

- Tabăra națională de implant cochlear desfășurată în stațiunea Olimp (2015)

d) Scop și obiective:

- prin intermediul metodelor terapeutice s-a urmărit pregătirea copiilor în recunoașterea, înțelegerea și acceptarea propriilor emoții
- discutarea în interiorul grupului a diverselor situații întâlnite în viața reală
- stabilirea cadrului universal valabil în care emoțiile pot fi exprimate fără teamă de a fi ridicol
- recunoașterea complexității cu care suntem înzestrați în privința diversității emoțiilor
- promovarea exprimării autentice în contexte diferite

e) Mesajul piesei

Ceea ce s-a dorit a fi evidențiat odată cu realizarea acestei piese a fost faptul că fiecare dintre noi ar trebui să ne cunoaștem și să ne acceptăm propriile emoții, pentru a le putea gestiona. Cu cât reușim să le recunoaștem pe ale noastre, cu atât le putem identifica și pe ale altora, devenind empatici. Aceste emoții nu trebuie negate sau ascunse chiar dacă au o conotație negativă (tristețea, furia, frica, etc). Dacă emoțiile sunt „ținute în cutie” ele pot ieși la suprafață în situații neașteptate și nedorate. De aceea este important să vorbim despre ele și să le lăsăm să iasă la suprafață atunci când este necesar. Cutumele conform cărora „este rușine ca băieții să plângă” sau „ești prea mic să fii furios”, sunt doar câteva dintre cele demontate de această piesă. Astfel mesajul a fost îndreptat nu doar către copii, dar și către părinți și specialiști.

f) Teme abordate

Tema centrală a adus în prim plan recunoașterea, acceptarea și gestionarea emoțiilor care fac parte din fiecare dintre noi. Cu cât negăm mai mult o emoție, oricare ar fi ea, pozitivă sau negativă, cu atât procesul de autocunoaștere va fi îngreunat. Acceptarea și cunoașterea de sine sunt pași necesari în dezvoltarea noastră armonioasă ca ființe umane complete. A te preface că ești fericit când de fapt ești trist sau a nu recunoaște că uneori poți fi invadat de ură, înseamnă negarea a ceea ce ești cu adevărat. Cu cât emoțiile se acumulează fără a fi dezvăluite, cu atât există riscul de a izbucni în orice moment, mai cu seamă când există un grad crescut de vulnerabilitate.

g) Semnificația măștii

Simbolul măștii a fost legat de ascunderea sentimentelor și de incapacitatea de a-ți recunoaște slăbiciunile pe care nu dorești să le arăți. Refuzul de a coborî masca poate avea efecte negative în viitor în ceea ce privește sănătatea mintală. Perfecținea și inflexibilitatea măștii și teama de a nu greși, nu sunt de dorit și nu-și pot găsi locul alături de ființa umană. Purtând masca emoțiilor nu doar că propriile emoții nu pot fi dezvăluite, dar nici ale altora nu pot fi identificate, ceea ce duce la scăderea gradului de empatie.

h) Metode

- Alegerea personajului principal a reprezentat unul dintre momentele cheie
- Piesa s-a bazat pe experiențele din viața personală a eroului, pe care le-a dezvăluit în fața grupului
- În urma focus grupului s-au abordat teme legate de emoții și situații personale în care ele și-au făcut apariția
- Copiii au fost împărțiti în patru grupe, pe care și le-au ales în funcție de emoțiile pe care au dorit să le reprezinte (bucurie, tristețe, furie și încredere)
- S-au creat scene improvizate în funcție de situațiile prezentate în grupul
- S-au folosit exerciții de mișcare corporală și oglindire în perechi, joc de rol
- Doar cei care au dorit, au folosit expresii verbale în interpretarea rolului, ceilalți bazându-se pe dans și mișcare corporală
- Elementele de recuzită au fost propuse și improvizate de copii

i) Rezultate

- S-a reușit o bună implicare și colaborare a întregii echipe de copii în realizarea scopului final
- Copiii au reușit o prezentare autentică emoțiile puse pe tapet
- Tema piesei a fost transmisă publicului

j) Discuții

Acest spectacol a fost realizat în mod experimental de două ori, cu două grupuri diferite de copii, în două tabere diferite. Scopul a fost acela de a se putea face o comparație între cele două grupuri și de a observa și analiza similitudinile și diferențele dintre ele.



A doua oară grupul a fost format din 17 copii cu vârste cuprinse între 6 și 14 ani dintre care (6 copii purtători de implant cochlear, 3 copii purtători de aparate auditive convenționale, 8 copii cu auz normal), într-o altă tabără de implant cochlear, care s-a desfășurat în același an 2015 la Poiana Brașov. Grupul a fost condus de 6 voluntari (cercetătorul, patru studenți la școala de terapie prin joc și dramaterapie din România, un student la facultatea de medicină din Belgia, specialist în dans). Piesa a avut aceeași structură, dar a suferit modificări specifice particularităților, experiențelor și nevoilor acestui grup. De această dată au existat doi actori principali, care s-au substituit unul pe celălalt, într-un mod foarte ingenios. Grupele formate au reprezentat emoții precum bucuria, tristețea, frica, furia, încrederea.

k) Bibliografie

1. Burns, G.W. (2011). *101 povești vindecătoare pentru copii și adolescenți*. Copyright Ed. Trei
2. Jennings, S. (2013). *101 Activities for Social & Emotional Resilience*. Hinton House Publishers Ltd.
3. Jennings, S. (2013). *101 Ideas for Managing Challenging Behaviour*. Hinton House Publishers Ltd.
4. Johnstone, K., (1991). *IMPRO - Improvisation and the Theatre*. Methuen Drama
5. Rimé, B. (2008). *Comunicarea socială a emoțiilor*. Ed. Trei

Aspecte specifice ale piesei au fost prezentate ulterior în articolul publicat de Cernea, M., *Joc și culoare cu măștile călătoare* - Revista ORL.RO, Nr. 29 4/2015,<https://www.medichub.ro/>

6. ZARUL VIETII



Acst spectacol constituie piesa de referință a celor realizate în cei patru ani de zile. Punerea în scenă a fost făcută în două tabere diferite (Arieșeni și Câmpulung Muscel 2016), cu două grupuri diferite. Primul grup de copii a susținut încă două reprezentării în cadrul Conferinței Europene de Dramaterapie (București 2016) și a Congresului Național O.R.L (Oradea 2016). De fiecare dată copiii au fost întâmpinați cu aplauze venite din partea părinților și specialiștilor, la scenă deschisă. În urma realizării și pregătirii acestui spectacol, s-a realizat un film documentar care prezintă principalele etape ale întregului proces terapeutic. El oferă un model de bune practici în realizarea etapizată a unui spectacol dramaterapeutic.

a) Rezumat

Acțiunea piesei este structurată pe mai multe nivele de referință și se petrece în mai multe planuri, care converg într-o ciclicitate ascendentă. Percepem lumea prin intermediul simțurilor, iar atunci când unul dintre ele lipsește, ne putem considera „bătuți de soartă”, „blestemăți” sau lipsiți de orice perspectivă. Piesa reprezintă o chintesență a principalelor momente prin care trece o familie care are un copil hipoacuzic (bucuria venirii pe lume a copilului, aflarea veștii hipoacuziei, starea depresivă imediat următoare, suportul

prietenilor, familiei și anturajului, procesul de reabilitare auditiv-verbală, reorientarea tuturor forțelor către un deznodământ fericit). Aici se pot regăsi situații trăite în sănul majorității familiilor care au un copil hipoacuzic, purtător de implant cochlear. Drumul către normalizare este presărat de multe ori de obstacole ce duc la marginalizare, segregare, prejudecăți și la percepția eronată a situației. În ciuda tuturor piedicilor, fiecare își poate câștiga dreptul de a-și alege drumul în viață, mai ales dacă este susținut de familie și de mediul social din care face parte.

b) Structura grupului

- 22 de copii dintre care:
 - 14 copii purtători de implant cochlear
 - 8 copii cu auz normal
- 3 voluntari (cercetătorul, doi absolvenți ai școlii de terapie prin joc și dramaterapie din România și o regizoare de film)

c) Locație

- Tabăra națională de implant cochlear desfășurată la Arieșeni (2016)

d) Scop și obiective

- Trecerea de la o stare de spirit la alta (bucurie versus tristețe, îngrijorare versus încredere, etc)
- Schimbarea rapidă a planurilor și temelor abordate în piesă
- Coordonarea în grupuri mari și mici
- Proiecția către viitor
- Numirea dorințelor și a preferințelor
- Rememorarea etapelor procesului de reabilitare auditiv-verbală
- Conștientizarea impactului asupra familiei
- Bucuria mișcării corporale prin joc și dans
- Împletirea limbajului verbal cu cel nonverbal

e) Mesajul piesei

Mesajele au fost multiple, ele fiind adresate atât copiilor cât și părinților și specialiștilor. Dacă ar fi să păstrăm ordinea cronologică, s-a ilustrat percepția asupra lumii prin intermediul simțurilor (auz, văz, miros, gust, simțul tactil) și ce se întâmplă atunci când se pierde oricare dintre ele. Pornind de aici, se ridică mai multe întrebări: Reprezintă acest lucru o fatalitate? („Zarurile au fost aruncate!”)... Există mijloace de redresare, există premise de a merge înainte și de a activa factorii de reziliență?... Ne putem influența

pozitiv existența prin propriile mijloace și forțe, susținuți însă și de societate?... Răspunsul final este: „Da!”

f) Teme abordate

Temele aduse la rampă au fost legate de handicapul indus de incapacitatea de a simți viața și de a te bucura de ea prin intermediul tuturor simțurilor. Trăvaliul familiilor care au un copil hipoacuzic și etapele prin care ele sunt nevoite să treacă în procesul lui de normalizare fac să fie străbătute momente dificile, peste care se poate trece având suportul prietenilor și al societății. Marginalizarea unui astfel de copil, poate fi făcută uneori chiar de dascălul chemat să-l ajute și să-l înțeleagă, îl exclude în cele din urmă. Prejudecățile și stereotipii ale aceleiași societăți duc la aceste situații. Eforturile proprii și încrederea în sine pot clădi viitorul, activând toate resursele personale. Alternarea stărilor de pesimism cu cele optimiste evidențiază situațiile din viața reală prin care fiecare este nevoie să treacă. Momentele de resemnare și de acceptarea destinului ca pe o fatalitate pot fi depășite dacă există încredere, suport social și resurse personale.

g) Semnificația măștii

Masca joacă rolul de stigmă. Toți cei care au o deficiență, poartă mască, sunt diferiți. Pentru ei, viața e pecetluită. Sub mască se ascunde o tristețe profundă izvorâtă din incapacitatea de a fi întreg, de a te bucura de toate simțurile cu care ești hărăzit. Masca este paravanul însingurării, al neîncrederii și resemnării.

h) Metode

- Tema principală a focus grupului a fost rememorarea etapelor de reabilitare auditiv-verbală (logopedia) începută în momentul implantării cochleară
- Împărtășirea în fața grupului a adus în discuție atât momentele pozitive cât și cele negative legate de acest proces
- S-a pus accent pe munca în grupuri mici, pe tehnici de oglindire și corporalitate
- S-au folosit exerciții în care vocea a fost solicitată
- Jocul statuilor individuale și de grup a fost exersat de foarte multe ori pentru a putea imprima tempoul piesei și pentru a putea asigura o exprimare cât mai autentică a mesajului dorit
- Jocul cu spumă de ras a constituit un moment de atracție și distracție al întregului grup, fiind un alt moment cheie în care copiii s-au putut desfășura neîngrădit
- Toți copiii au avut o interpretare totală a rolurilor, atât corporală cât și verbală

i) Rezultate

- Copiii au reușit să se coordoneze astfel încât propriile roluri au interacționat armonios cu rolurile celorlalți
- Momentele de improvizație au apărut mai mult în timpul jocurilor de rol decât în structurarea piesei propriu-zise
- Sentimentul de apartenență la grup s-a putut observa la fiecare copil în parte
- A existat o solidaritate între membrii grupului, remarcându-se tendința de protecție a celor mari față de cei mai mici
- Atmosfera lejeră și destinsă a contribuit la reușita piesei, chiar dacă unii copii au avut emoții la reprezentarea finală

j) Discuții

- Metamorfoza realizării acestui spectacol a fost una continuă și destul de dificilă. Până în ultima clipă, atât copiii cât și coordonatorii au trebuit să modifice scenariul pentru a ajunge la esență. A existat o permanentă concentrare a tuturor resurselor și elementelor creative și de improvizație pentru a se ajunge la finalul dorit. Ca în orice piesă de teatru trebuie să existe cel puțin un conflict pe marginea căruia se desfășoară acțiunea. A trebuit să creăm două planuri disticte pentru a putea evidenția conflictul principal: marginalizarea. În momentul în care am definitivat acest aspect, mesajul piesei și cursivitatea necesară derulării scenelor au venit de la sine.
- Cel de-al doilea grup la care au participat 18 copii, dintre care 8 purtători de implant cochlear, 4 purtători de aparate auditive convenționale și 6 copii cu auz normal, a susținut reprezentarea acestei piese în cadrul taberei naționale de implant cochlear organizată de Asociația Audiosofia la Câmpulung Muscel (2016). Copiii care au făcut parte din acest grup au ales să aducă modificări dinamice anumitor scene, pe care ei le-au considerat a fi prea rigide. Propunerile lor au fost acceptate și încurajate, dovedind un grad sporit de creativitate și inovație, în comparație cu primul grup.



k) Bibliografie

1. Jennings, S. (2013). *101 Activities for Social & Emotional Resilience*. Hinton House Publishers Ltd.
2. Jennings, S. (2013). *101 Ideas for Managing Challenging Behaviour*. Hinton House Publishers Ltd.
3. Jennings, S. (2015). *101 Ideas for Increasing Focus & Motivation*. Hinton House Publishers Ltd.
4. Johnstone, K., (1991). *IMPRO - Improvisation and the Theatre*. Methuen Drama

Referiri la această piesă se regăsesc publicate de Cernea, M., în articolul *Play-and dramatherapy – complementary techniques for rehabilitation of children with cochlear implant* - Revista ORL.RO, Nr.33 4/2016,
<https://www.medichub.ro/>

7. OMUL DINTRE DOUĂ LUMI



a) Rezumat

Acțiunea se centrează în jurul personajului principal care se află într-o criză identitară, fiind mereu pus în situația de a alege între două lumi. El se întreabă cine este cu adevarat și pornește în căutarea sinelui. Societatea îi impune măștile pe care este obligat să le poarte pentru a se integra și a fi acceptat. Văzându-se în imposibilitatea de a alege mereu soluția care nu-l reprezintă, se revoltă și refuză să se mai supună dogmelor impuse de familie și societate. Dorește să fie autentic, dorește să fie stăpân pe soarta sa, iar în tot acest proces de metamorfoză este susținut și încurajat de mediul lui de prietenii. El reușește într-un final să fie independent și să modeleze societatea prin propriile-i forțe și convingerii.

b) Structura grupului

- 11 copii și adolescenți purtători de implant cochlear
- 8 copii și adolescenți cu auz normal
- 4 voluntari (cercetătorul, doi absolvenți ai școlii de terapie prin joc și dramaterapie din România și un student la facultatea de medicină din Belgia, specialist în dans)

c) Locație

- Tabăra națională de implant cochlear desfășurată la Eforie Nord (2017)

d) Scop și Obiective

Având în vedere că grupul de copii cu care s-a lucrat a fost deja antrenat pe parcursul celor trei ani cu structura unei piese de teatru, cu repetițiile și cunoștea temele anterioare, s-a urmărit continuarea procesului terapeutic. S-a urmărit aşadar:

- Aprofundarea temelor puse în discuție și interpretate
- Perfectionarea tehnicilor dramaterapeutice care a presupus atenție sporită în coordonarea grupurilor
- Conștientizarea la nivel mai profund a temelor principale: cunoașterea de sine, acceptarea sinelui și independentizarea
- Complicarea tehnicilor regizorale și teatrale în funcție de nivelul, nevoile și cerințele grupului
- Mărirea timpului de execuție a rolurilor și creșterea complexității acestora
- Interpretarea autentică a rolurilor

e) Mesajul piesei

Mesajul piesei a fost îndreptat îndeosebi către grupul țintă, adică grupul protagoniștilor adolescenți și preadolescenți, aflați la o vârstă critică. Persoana hipoacuzică purtătoare de implant cochlear are o identitate ambiguă, ea nefăcând parte nici din lumea surdo-mușilor și nici din cea a celor cu auz normal. Mereu va exista un conflict și o problemă de apartenență la grup. Punându-se în discuție criza identitară specifică acestei vîrste, în vizor au fost luați și părinții care au fost confruntați cu propriile temeri. Riscul de a supra proteja și a dirija în permanență acești copii este unul mare. Pericolul să devină supuși cerințelor societății este în defavoarea lor și trebuie tras semnalul de alarmă încă de acum.

f) Teme abordate

Este abordată criza identitară de la adolescentă, dar prin extrapolare se poate spune că este criza unei întregi societăți. „Cine sunt eu și încotro mă îndrept?” „Pot accepta ceea ce-mi cere societatea sau aleg să-mi păstrez identitatea?”... Această criză identitară este și mai complicată la adolescentul purtător de implant cochlear, care acum începe să conștientizeze că cicatricea din dreptul operației este vizibilă și atrage priviri indiscrete. Acum începe să se centreze pe imaginea de sine și mai ales pe imaginea corporală. Tot acum își dă seama de intruziunea suferită de corpul lui prin intermediul operației și refuză să poarte aparatul de teamă că este vizibil și de aceea nu va fi acceptat în grupul de prieteni. Tema oglinzii, care presupune confruntarea cu sinele și

cu imaginea corporală, reprezintă tema centrală a piesei. Una dintre soluțiile avute la îndemână este să accepte necondiționat masca societății, pierzându-și identitatea. Piesa pledează pentru găsirea altor soluții și pentru păstrarea integrității personale, oricare ar fi riscurile. Acceptarea pasivă a normelor impuse de familie și nu doar de societate poate duce la anihilarea propriei persoane. Fiind mereu pus în situația de a alege între alb și negru, fără nuanțe de gri, poate duce la disperare. Există un moment cheie de conștientizare care aduce schimbarea și face posibilă începerea unei noi etape, de acceptare a sinelui și de dorință de detașare și asumare a propriului parcurs de viață.

g) Semnificația măștii

Pe de o parte, masca simbolizează canoanele și cerințele societății care dacă nu sunt respectate duc la excluziune socială și marginalizare. Pe de altă parte masca este considerată imaginea perfectă care trebuie arătată în exterior, pentru a ascunde vulnerabilitățile. Masca reprezintă o povară pe care la un moment dat, devii incapabil să o duci, iar în acel moment se declanșează revolta și dorința de a scăpa din strânsoare și de a rupe barierele.

h) Metode

- Copiii au fost împărțiți în două grupe distințe (alb și negru, lenți și rapizi, artiști și roboți, surdo-muți și purtători de implant cochlear)
- S-a lucrat cu fiecare grupă-n parte, iar apoi cele două grupuri au fost unite
- S-a pus accentul pe lucrul în grup extins ceea ce a necesitat o atenție și o precizie mai mare a copiilor în executarea rolurilor
- Exerciții de sincronizare cu sau fără muzică
- Exerciții de oglindire în perechi și grup lărgit
- Coordonarea personală și a grupului în funcție de ceilalți
- Jocul statuilor individuale și de grup desfășurat în ocazii repetate
- Jocuri pornit/oprit cu și fără muzică
- Exerciții de improvizare cu teme prestabile
- Interpretare totală, atât corporală cât și verbală
- Abordare combinată directivă și nondirectivă

i) Rezultate

- S-a reușit auto-coordonarea celor două grupuri separate de copii, dar și armonizarea lor când s-au reunit în grupul mare
- Temele ilustrate au incitat atât copiii cât și publicul spectator

- Interpretarea rolurilor a stârnit aplauze în repetate rânduri
- Interpretarea totală a rolurilor de către toți copiii, nu doar de către personajul principal, a adus plus valoare piesei
- Sincronizarea mișcărilor și a momentelor de pauză și de acțiune a fost exemplară
- Comunicarea verbală și nonverbală a mesajelor piesei a avut o fluență ridicată în comparație cu piesele anterioare
- Pictarea măștilor specifică rolului fiecărui copil, a contribuit la aprofundarea temei centrale
- Scena finală a modelării societății de către personajul principal a constituit punctual culminant preferat atât de copii cât și de public

j) Discuții

Piesa a presupus o abordare complexă nu doar a temelor propriu-zise, ci și a metodelor terapeutice. S-a lucrat la un nivel mult mai profund și totul s-a bazat pe coeziunea grupului. Experiența anterioară câștigată de copii pe parcursul celor trei ani a jucat un rol important în realizarea și ducerea la bun sfârșit a spectacolului. A fost un grup care s-a auto-coordonat la un nivel mutual extrem de ridicat. S-a observat o evoluție netă nu doar prin interpretare, coordonare, conectare la celălalt, degajare în interpretarea rolurilor dar și prin capacitatea de înțelegere și filtrare a temelor puse în discuție. S-a reușit un spectacol de excepție, iar la nivel observațional totul a funcționat ca într-un furnicar unde fiecare își cunoaște bine rolul individual, foarte important în bunăstarea grupului.

k) Bibliografie

1. Anghel, P. (2004). *Strategii eficiente de comunicare*. Ed. Cartea Universitară – București
2. Burns, G.W. (2011). *101 povești vindecătoare pentru copii și adolescenți*. Copyright Ed. Trei
3. Carnagie, D. (2000). *Cum să vorbim în public*. Ed. Curtea veche – București
4. Jennings, S. (2013). *101 Activities for Social & Emotional Resilience*. Hinton House Publishers Ltd.
5. Johnstone, K., (1991). *IMPRO - Improvisation and the Theatre*. Methuen Drama

8. INIMI CU ECOU



a) Rezumat

Totul se petrece într-o expoziție inedită, unde au loc întâmplări și dialoguri interesante, menite să ridice anumite semne de întrebare și să îndemne la analiză și reflectare. Personajele expoziției sunt de fapt reprezentate de copii, protagonistii piesei de teatru. Picturile în mărime naturală invită la contemplare întreg publicul venit să le admire. Ele trebuie privite nu oricum, ci prin lentilele ochelarilor speciali pe care scrie „*Putem vedea, aşa cum trebuie, numai cu inima. Ceea ce este esențial, este invizibil pentru ochi.*” *Antoine de Saint Exupery*. Ele sunt capabile să vadă în profunzime, nu doar la suprafață și să pătrundă subtilitățile ascunse privirii obișnuite. Doar aşa se poate ajunge la cunoașterea autentică și fără prejudecăți. Personajele atârnate pe peretei prind viață dintr-o dată și toate, la unison, transmit mesaje de îngăduință, toleranță, încredere, forță, înțelepciune, către lumea de afară, lume menită să le înțeleagă și să le răspundă. Personajul enigmatic are o atitudine sceptică inițial, însă pe măsură ce scenele se derulează, devine precaut și dornic să urmărească ceea ce se întâmplă în continuare. Dialogul celor 3 (un copil și doi adolescenți) trezește interesul tuturor. Dezbaterea pe temele vieții de zi cu zi cu care se confruntă adolescentii și mai ales cei purtători de implant cochlear stârnește comentarii și păreri pro și contra. Copiii prin naturalețea lor însă reușesc să ofere soluțiile de compromis prin care viața poate deveni mai frumoasă și mai ușoară. Atitudinea omului enigmatic se schimbă radical și el însuși recunoaște și se recunoaște în mesajul copiilor. Adulții într-adevăr uită că au fost copii cândva și nu sunt atenți întotdeauna la nevoile și dorințele lor, apărând deseori conflictul între

geneerații. Cu multă emoție este străbătut acest moment și dintr-o dată se schimbă dinamica piesei, având loc o revigorare și o dorință de reparare a ceea ce a fost, cu noi perspective către viitor. Părinții sunt invitați să danseze alături de copii, într-un vals în care pașii lor se împletește armonios, legănați în același ritm și cu dorința de a merge pe același drum și a vâslii la aceeași barcă.

b) Structura grupului

- 31 de copii (cu vârste cuprinse între 7 și 16 ani) dintre care:
 - 24 de copii purtători de implant cochlear
 - un copil purtător de aparate auditive convenționale
 - 6 copii cu auz normal
- 4 voluntari (cercetătorul, un medic neuropsihiatru de copii, un psiholog și un student al școlii de terapie prin joc și dramaterapie din România)

c) Locație

- Tabăra națională de implant cochlear desfășurată la Arieșeni (2017)

d) Scop și Obiective

- Funcționarea celor două grupuri de copii și adolescenți separat și împreună
- Coordonarea celor două grupuri astfel încât să se asigure funcționalitatea necesară piesei ca un tot unitar
- Conștientizarea particularităților perioadei adolescenței și a conflictului dintre generații
- Confruntarea cu eu-l interior prin pictarea eroului din poveste

e) Mesajul piesei

Au existat mai multe mesaje transmise atât către părinți și specialiști cât și către copii. Unul dintre ele a fost acela al conflictului între generații care apare de cele mai multe ori din cauza neînțelegerei particularităților fiecarei vârste prin care copilul este nevoit să treacă. Dacă el este înțeles, atunci părintele îi poate deveni partener în depășirea cu succes a acestor etape și nu dușman. Cu cât copilul este capabil să se cunoască mai bine, cu atât va dispune de mai multe resurse în traversarea etapelor dificile. Ceea ce se vede la prima vedere, poate ascunde de fapt mărele adevăr, în spatele aparențelor. Este nevoie de multă iubire, înțelegere, răbdare și dorință de a vedea în profunzime pentru a putea activa mecanisme reziliente de a face față. Dialogul celor trei ridică multe semne de întrebare dar totodată oferă și răspunsuri pertinente în ceea ce privește viața de adolescent. Înțelepciunea și luciditatea cu care

ele sunt dezbatute și spiritual critic, oferă un model demn de urmat atât pentru copiii mai mici cât și pentru părinți.

f) Teme abordate

Întreaga piesă invită la reflecție și contemplare, la înțelegerea profundă a celor din jur și acceptarea lor exact așa cum sunt.

g) Semnificația măștii

Obișnuitele și de acum arhicunoscutele măști au suferit o metamorfoză, transformându-se în perechi de ochelari, cu fante sub formă de inimi. Această tranziție a fost făcută cu scopul de a introduce elementul surpriză pe de o parte și de a-i oferi măștii o semnificație specială pe de alta. De această dată este simbolul instrumentului prin intermediul căruia se pot schimba prejudecăți sau se pot privi aspecte profunde ale vieții, cu condiția să fii deschis și să accepți că există și alte fațete ale lumii în care trăim. Deschiderea nu este doar a minții ci și a sufletului și de aceea fantele ochelarilor au formă de inimă.

h) Metode

- Crearea spațiului adecvat dezvăluirii de sine în fața tuturor
- Adolescentii au fost investiți cu rolul de voluntar care pe de o parte își joacă rolul din piesă, iar pe de alta ajută la coordonarea echipei copiilor mai mici în realizarea contururilor corporale și a picturilor
- Jocuri de corporalitate individuale și de echipă
- Jocuri de încredere necesare pentru sudarea grupului
- S-a pornit de la „Povestea în 6 părți” (vezi capitolul...) în care fiecare copil și-a ales propriul erou
- Eroii cu care s-au identificat au fost ilustrați în mărime naturală prin pictarea propriei siluete, conturate în mod caracteristic (poziția, atitudinea, culorile și trăsăturile specifice personajului ales)
- Oglindirea s-a realizat atât prin intermediul partenerului cât și a propriei reprezentări
- Toate lucrările au fost expuse pe perete, ca în cadrul unei expoziții care putea fi vizitată
- S-a folosit metoda interactivă de implicare a publicului în piesa de teatru atât la început cât și la sfârșit

- Metoda improvizării a fost folosită în totalitate în cadrul dialogului celor 3 personaje
- A fost introdus personajul enigmatic, nevăzut, cu valoare de simbol care și-a interpretat rolul gesticulând doar, dar care a stârnit un interes major atât din partea copiilor cât și a publicului

i) Rezultate

- Adolescentii s-au simțit valorificați fiind investiți cu putere de decizie și răspundere
- Cele două echipe de copii și adolescenti au reușit să funcționeze omogen în pofida diferențelor de vîrstă
- Improvizarea, inovația și creativitatea copiilor s-au dezvoltat mai pregnant cu ocazia realizării acestui spectacol
- Implicarea publicului alcătuit în mare parte din părinți a făcut ca toate mesajele esențiale să penetreze mult mai ușor
- Momentele cu încărcătură emoțională ridicată au făcut apel la empatie și la înțelegerea profundă a problematicii expuse atât din partea copiilor cât mai ales a părinților

j) Discuții

Mult mai pregnant ca în cazul celorlalte piese, procesul terapeutic s-a petrecut mai cu seamă în timpul pregăririi spectacolului decât pe scenă. Momentele de alcătuire a povestii, de alegere a temei, de reflecție asupra personajului, de conturare a propriului corp și alegerea poziției specifice, de alegere a culorilor reprezentative, au constituit un proces derulat în mai multe etape, care le-a permis copiilor să intre în contact cu ei însiși și să se cunoască îndeaproape. Am identificat rezultatul terapeutic atunci când o parte dintre adolescenti a dorit să-și ilustreze propriile personaje, deși acest lucru era optional. Nevoia lor de autocunoaștere s-a dovedit a fi foarte pregnantă.



k) Bibliografie

1. Jennings, S. (2013). *101 Activities for Social & Emotional Resilience*. Hinton House Publishers Ltd.
2. Keller, F. (2016). Exerciții de comunicare nonviolentă. Ed. Trei
3. Lahad, M. (2010). *Creative supervision – The Use of Expressive Arts Methods in Supervision and Self-supervision*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
4. Odell-Miller, H., Richards, E. (2009). *Supervision of Music Therapy*. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
5. Spolin, V. (1999). *Improvisation for the theater*. Northwestern University Press Referiri la această piesă se regăsesc publicate ulterior de Cernea, M., Georgescu, M., Neagu, A., Stan, V., (2017) în articolul *Măști cu ecou – un proiect terapeutic pentru copiii hipoacuzici din România*, Revista ORL.RO, n.11/2017 <https://www.medichub.ro/>.

5 Cercetarea calitativă interactivă

„Putem vedea, aşa cum trebuie, numai cu inima. Ceea ce este esențial, este invizibil pentru ochi.” Antoine de Saint Exupery

Principalele obiective ale cercetării calitative sunt atitudinile, modelele comportamentele cotidiene, experiențele individuale în relația cu mediul social și interpersonal, aspectele care țin de valorile și normele culturale, de comunicarea interpersonală și de comunicarea verbală și nonverbală (Dawson, 2002; Dincă, 2003; Yin, 2011).

Pentru cercetarea de față s-a ales ca structură principală, modelul de cercetare calitativă interactivă al lui Maxwell (2012 - *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*).

Modelul interactiv al designului cercetării (Maxwell, J. A. 2012)

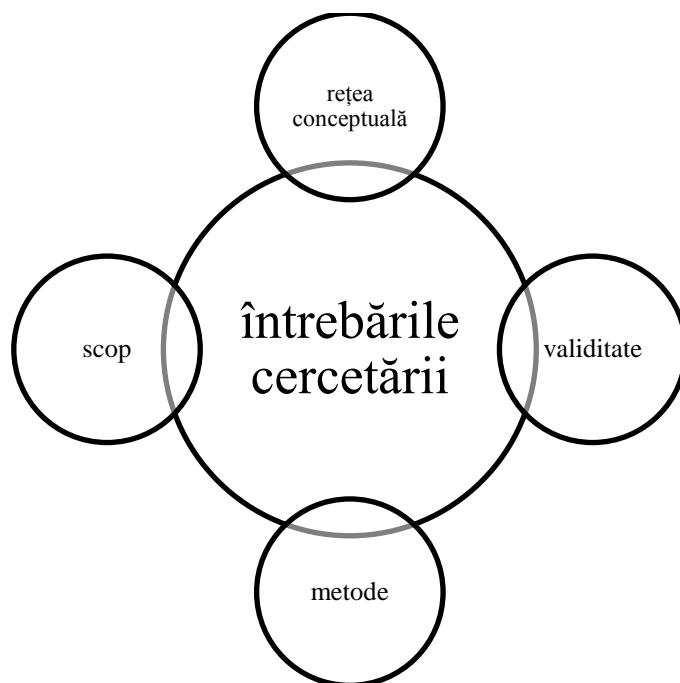


Fig. 5.1

În viziunea lui Maxwell, întrebările cercetării se bazează pe o rețea conceptuală bine definită și sunt în strânsă corelație și interdependență cu scopul cercetării și metodele folosite, pentru a se ajunge în final la validitatea interpretării rezultatelor. Vom aduce în discuție rând pe rând fiecare dintre componentele esențiale ale acestui model.

5.1 Întrebările cercetării

Cercetarea bazată pe o serie de teorii și concepe prezentate mai pe larg în prima parte a tezei, a pornit de la ideea că populația copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear este o populație aflată la risc în ceea ce privește integrarea în comunitate.

Factorii de risc ai copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear



Fig. 5.2

Argumentul acestei ipoteze se bazează pe abordarea holistică a copiilor purtători de implant cochlear. Pornind de la premisa că acești copii au pierdut startul în percepția și achiziționarea limbajului, se pune întrebarea cum se poate interveni terapeutic pentru a recupera cât mai mult decalajul în ceea ce privește nivelul de auz, comunicare și dezvoltare emoțională care vizează integrarea lor plenară în societatea din care fac parte.

5.2 Scopurile cercetării

a) Scopuri generale

Scopurile cercetării vizează implementarea tehnicielor terapeutice creative (terapia prin joc și dramaterapia) cu rol în dezvoltarea capacitaților de comunicare post-implant cochlear. Studiul face referire la un grup de 89 de copii hipoacuzici purtători de implant cochlear care reprezintă grupul țintă și își propune prin intermediul unei cercetări interactive, evidențierea particularităților acestuia în vederea îmbogățirii modalităților de abordare inovativă practică de reabilitare a copiilor cu implant cochlear. Ne propunemde asemenea să demonstrăm că acest tip de abordare constituie o latură indispensabilă în reabilitarea copilului purtător de implant cochlear, din perspectiva developmentală. Se dorește evidențierea unor metode și tehnici terapeutice creative alături de metodele terapeutice actuale de reabilitare.Cercetarea și-a propus să studieze de asemenea efectul acestor tehnici terapeutice creative asupra copiilor purtători de implant cochlear și găsirea unor alternative concrete privind reabilitarea și integrarea lor.

Terapiile creative incluse în modelul de reabilitare auditiv-verbală

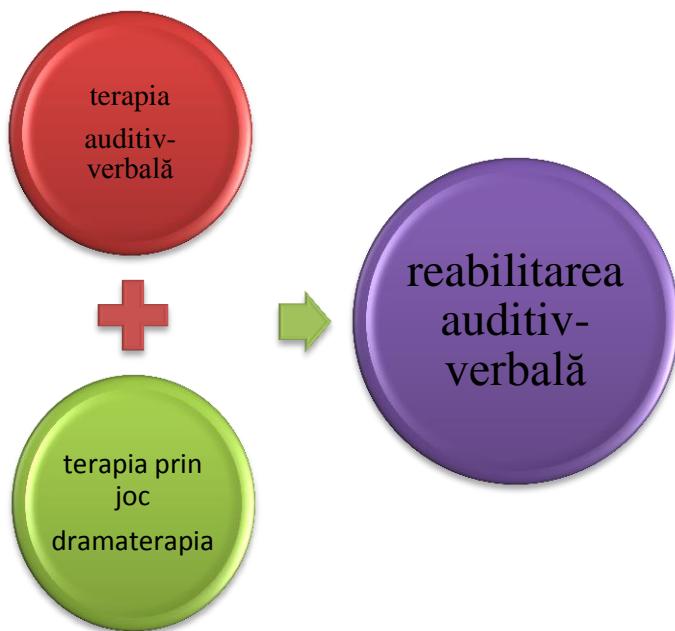


Fig. 5. 3

Unul din scopurile majore este acela ca toți copiii hipoacuzici angrenați în proiectul de cercetare să-și îmbunătățească și să-și diversifice strategiile de comunicare cu semenii

lor cu auz normal, având ocazia să se descopere atât pe sine și pe ceilalți. Pe de altă parte, copiii cu auz normal să poată descoperi prin intermediul jocului, noi moduri de legătură cu ceihipoacuzici. În acest fel cu toții au ocazia să lucreze în echipă, ceea ce este diferit față de viziunea școlară care se bazează pe competiție. Copiii introvertiți și anxioși au astfel posibilitatea să se manifeste plenar în fața grupului și împreună cu el, într-un mediu securizant, iar cei extrovertiți și hiperkinetici să-și ajusteze manifestările astfel încât să fie acceptați în grup. Ei au ocazia să învețe că-și pot descărca agresivitatea și furia într-o manieră nonviolentă și fără a intra în contradicție cu ceilalți.

Alături de scopurile generale le vom enumera și pe cele practice: schimbarea unei viziuni deja existente, pregătirea părintelui pentru parcursul unic generat de situația specifică a copilului său, includerea lui în munca terapeutică, monitorizarea reacțiilor copiilor cu implant cochlear ca răspuns la tehnice creative, dorința de a se angaja într-un tip particular de cercetare, antrenarea voluntarilor profesioniști în lucrul specific cu populația țintă, dorința de a evidenția problematica copilului cu implant cochlear și de a-l face vizibil în comunitatea specialiștilor (prin intermediul cogreselor, articolelor, publicațiilor, prezentărilor, emisiunilor televizate, etc.) și din alte domenii decât O.R.L sau ONG, valorizarea noilor tehnici și metode terapeutice creative (terapia prin joc și dramaterapie).

Fiind într-o mare măsură o cercetare calitativă interactivă de tip acțiune, scopul general este nu doar să culeagă anumite date științifice care să surprindă o realitate unică în varietatea experiențelor individuale, dar și să influențeze în mod activ aceste experiențe.

b) *Scopuri personale*

Am dorit aprofundarea studiului acestei teme, începută în urmă cu mai bine de 15 ani. Inițial s-a axat pe metodele clasice de reabilitare auditiv-verbală, apoi pe aspectele legate de relația de atașament dintre copiii cu implant cochlear și părinții lor, studiile concretizându-se prin elaborarea a două teze: de licență, respectiv de masterat. Interesul asupra acestui subiect a crescut de la an la an și în urma experienței profesionale acumulate, a cursurilor de perfecționare în domeniu și a întâlnirilor organizate cu copiii și părinții în taberele naționale de implant cochlear, s-a ajuns la concluzia că terapia auditiv-verbală clasică este insuficientă. Având privilegiul de a fi absolventa primei promoții a Colegiului de Audiologie și Protezare auditivă din București, a Facultății de sociologie-psihologie și a Școlii de formare în terapie prin joc și dramaterapie nou înființată în România, am

acumulat o experiență unică, pe care am dorit să o valorific prin intermediul acestei cercetări. Astfel, prin elaborarea acestei teze, în afară de creativitate, s-au pus în valoare cunoștințele din domeniul audiologiei, psihologiei, dramaterapiei, terapiei prin joc și logopedie.

Fiind o cercetare de pionierat în România s-a apelat la intervizarea profesională internă și internațională prin implicarea unor specialiști de înaltă ținută din România, Marea Britanie, Italia și Israel. Acest demers a fost susținut de o bursă doctorală de care am beneficiat în anul 2015, timp de o lună, în Italia (anexa 2). Scopul acestei burse a fost identificarea unei metodologii specifice de evaluare a rezultatelor obținute în urma proceselor dramaterapeutice parcuse de grupuri vulnerabile de copii și tineri. Stagiile repetate în centrele de dramaterapie din Milano și a Școlii de Dramaterapie din Lecco, au reprezentat un bun prilej pentru indeplinirea acestui scop și au generat discuții profesionale constructive în ceea ce privește specificitatea metodelor adaptate nevoilor copiilor și tinerilor hipoacuzici purtători de implant cochlear. Modelul testului Jones împrumutat din practica italiană a fost utilizat și adaptat în cercetare ca instrument de evaluare a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear în ceea ce privește influența tehnicilor dramaterapiei asupra mijloacelor lor de comunicare.

De asemenea legăturile profesionale avute cu Dr. Sue Jennings pe parcursul întregului proces de cercetare au dus la îmbunătățirea metodelor de evaluare în ceea ce privește tehniciile terapiei prin joc utilizate în grupurile de copii purtători de implant cochlear. Formularul corporalitate-proiecție-rol lansat de Dr. Sue Jennings a fost utilizat ca metodă principală în ceea ce pivește influența terapiei prin joc asupra copiilor purtători de implant cochlear. Întrevederile profesionale avute cu diverse ocazii referitoare la subiectul și obiectivele cercetării au cu dus la concluzii apreciative menite să stimuleze inovația și avansarea programului de cercetare.

Sub atenta îndrumare a Prof. Salvo Pitruzzella, fondatorul școlii de dramaterapie din Italia, punctele de vedere s-au dezvoltat și diversificat, scoțând la iveală noi aspecte și fațete ale cercetării. Noi pârghii de dezvoltare s-au creat prin intermediul legăturilor profesionale avute cu Dorit Dahar, reprezentantă de seamă a școlii de dramaterapie din Israel care a oferit sprijinul profesional referitor la metodologia cercetării calitative, pe care la rândul ei a utilizat-o în studiul populațiilor vulnerabile de femei și copii din Israel.

Colaborarea profesională continuă și sistematică de peste 15 ani cu Dr. Violeta Stan, medic primar în neurologie și psihiatrie pediatrică, Coordonator pentru România al

Academiei Europene pentru dizabilitățile copilului (EACD) a îmbogățit cercetarea prin intermediul întregului proces de supervizare și intervizare. S-a pus accent îndeosebi pe adaptarea mijloacelor de investigare și a metodelor de intervenție timpurie, corlate cu specificul relațiilor de atașament dintre copii și părinți.

Nu în ultimul rând, valoarea tezei de cercetare a crescut prin colaborarea permanentă avută cu echipa de cercetare din domeniul O.R.L.-ului și audiolgiei, condusă de Prof. Dr. Romeo Calarașu, promotorul implantului cochlear în România. Sfaturile sale pertinente alături de cele ale Prof. Dr. Viorel Zainea și Conf. Dr. Mădălina Georgescu au venit să întregească latura concretă și științifică a tezei.

Contribuția valoroasă adusă de voluntarii profesioniști (psihologi, logopezi, educatori) prin intermediul observațiilor și a ideilor inovative și creative avute pe tot parcursul cercetării, a venit să confirme faptul că un alt scop a fost atins: acela de a da valoare proiectului de cercetare prin caracterul de formare a specialiștilor în abordarea specifică a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.

Scopul personal a fost acela de a putea cuprinde și integra informațiile esențiale oferite de domeniile multi- și interdisciplinare, ceea ce a necesitat o permanentă muncă de echipă. Configurația acestei echipe de înaltă clasă a conferit echilibru și a reușit să balanseze în mod armonios cei doi poli calitativi și cantitativi ai cercetării.

5.3 Rețea conceptuală

Concepțele cheie din sfera medicală, a audiolgiei și a psihologiei se intersectează și se întrepătrund aducând în prim-plan copilul ca valoare și ca entitate unică. Ele sunt strâns legate de abordarea holistică, de modelul bio-psihosocial, de normalizare, de atașament și reziliență și sunt discutate prin prisma deprivării auditive și emoționale a copilului hipoacuzic. Teoriile de ultimă oră din cele trei domenii sunt integrate în vederea oferirii unei viziuni cât mai elaborate a temei de cercetare.

Rețeaua conceptuală

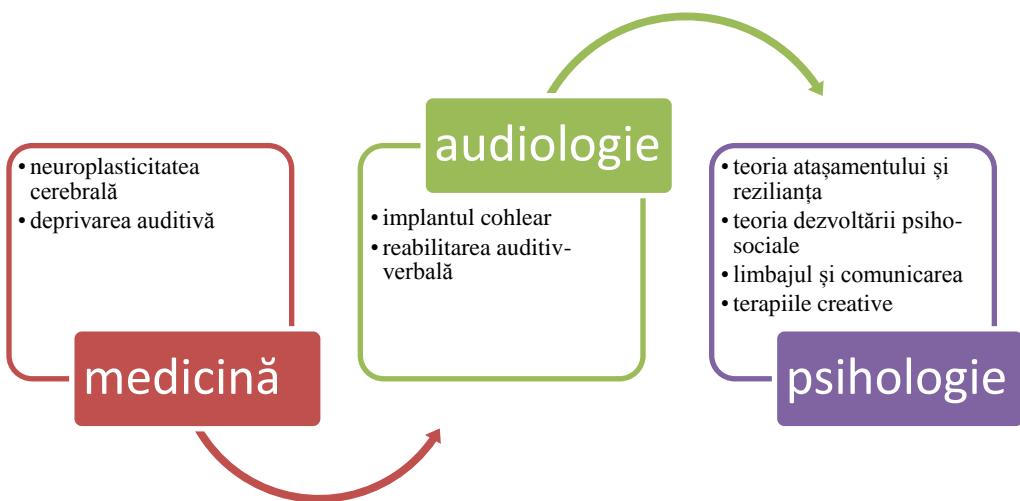


Fig. 5.4

Există un întreg lanț de efecte ale hipoacuziei care atrage consecințe negative în ceea ce privește dezvoltarea ulterioară a copiilor care se nasc cu hipocuzii neurosenzoriale congenitale severe sau profunde. Copilul cu hipoacuzie neurosenzorială congenitală este incapabil să audă vocea mamei sale din perioada fetală. Acest lucru rămâne neschimbat după naștere până în momentul depistării hipoacuziei și intervenției specifice prin implantare cochleară. Dacă nu există o depistare și o intervenție precoce, această perioadă se poate prelungi până la vîrstă la care familia observă că acest copil nu reacționează la sunete și nu vorbește. În cel mai bun caz, copilul poate fi diagnosticat în jurul vîrstei de 2 ani, însă de cele mai multe ori vîrstă medie de diagnosticare a acestor cazuri este între 4 și 5 ani. Până la această vîrstă, creierul copilului suferă de deprivare auditivă, putând depăși vîrstă critică de intervenție. Se știe că plasticitatea cerebrală are activitatea maximă până la vîrstă de 7 ani, după care procesele cerebrale își încetinesc funcțiile. Așa se explică de ce implantarea cochleară după această vîrstă a copiilor cu hipoacuzii severe sau profunde care nu au beneficiat anterior de sisteme de amplificare a auzului, are beneficii minime în ceea ce privește achiziționarea limbajului.

Deoarece în România nu există un program național de screening auditiv la naștere, depistarea copiilor hipoacuzici se face anevoios în cadrul centrelor de diagnostic, și aşa foarte puține.

5.4 Metode de evaluare

a) Metoda observației

Voluntarii profesioniști selecționați pentru cercetare au fost instruiți în metoda observației fiind antrenați să surprindă aspectele specifice de interes în studiul grupului țintă. Astfel, ei au urmărit aspecte legate de expresivitate (prin intermediul jocului, desenului, modelajului, marionetelor, jocului de rol), de comportamentul verbal și non-verbal, de modul activ sau pasiv de implicare în activitățile propuse, de relaționare în raport cu ceilalți, de adaptare la grup, de creativitate, spontaneitate și improvizare.

În funcție de numărul participanților a variat și numărul voluntarilor. Pentru grupurile mai mici de 10 participanți a fost ales un singur voluntar, iar în grupurile mai mari de 10 participanți au participat între 2 și 4 voluntari. Metoda observației i-a vizat doar pe copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear.

De menționat că voluntarii au participat în mod activ la întregul proces terapeutic, îndeplinind atât rolul de observatori cât și de facilitatori de grup, alături de cercetătoare. De fiecare dată cercetătoarea a supervizat îndeaproape activitatea voluntarilor.

În sesiunile de supervizare și interviuare organizate de echipa de cercetare la finalizarea fiecărei ședințe terapeutice au fost identificate aspectele semnificative pentru lotul studiat și s-a trecut la analiza datelor înregistrate prin metoda observației. S-au adus în discuție interpretările personale și s-a ales o schemă generală valabilă de codificare.

Concluziile obținute prin interpretările personale ale membrilor echipei de cercetare au fost confruntate cu viziunea cercetătoarei asupra informațiilor și subiecților supuși cercetării.

b) Analiza materialelor video și a fotografiilor

Informațiile calitative au fost obținute de asemenea nu doar din analiza filmelor și a fotografiilor ci și din a desenelor și picturilor realizate de copii (Ouellette, 2003). La finalul fiecărei sesiuni de lucru, echipa de cercetare a analizat materialul înregistrat, urmărind indicii de interes legate de comportamentul și exprimarea copiilor. Codificarea s-a realizat urmărind grilele de notare în funcție de tipul intervenției (dramaterapie sau terapie prin joc). Rezultatele analizate au fost în permanență coroborate cu notele de observare ale cercetătoarei și voluntarilor.

Concluziile au reprezentat rezultatul unui întreg proces de interpretare personală care a corespuns viziunii cercetătoarei cu privire la informațiile culese.

c) Tehnica focus grupului

Tehnica „focus grupului” a fost inițiată încă din prima jumătate a secolului XX (Merton și Kendall, 1946) și reprezintă una dintre metodele frecvent utilizate în cercetarea calitativă.

Există mai multe definiții atribuite „focus grupului”: interviu de grup (Hughes D., 1993; Iluț, 1997), grup de discuții atent planificat pentru a obține informații cu privire la un subiect propus de cercetător (Kreuger, 1998; apud Smithson, 2008) sau grup informal de discuții între persoanele selecționate cu privire la un anumit subiect (Beck, Trombetta și Share, 1986).

În practica acestei cercetări, „focus grupul” s-a desfășurat sub forma unor ședințe de grup la care au participat între 10 și 15 copii și/sau adolescenți care au răspuns la anumite întrebări sau care au dezbatut anumite teme introduse de unul sau doi moderatori, în cazul de față de către cercetătoare și voluntar. În acest context situational s-au desfășurat interacțiuni specifice între moderatori și participanți, pe de-o parte (întrebări și răspunsuri) și între participanți (dezbateri, întrebări și răspunsuri), pe de alta (Kitinger, 1995). Această metodă a fost extrem de utilă în stabilirea temelor abordate în reprezentările dramaterapeutice care au fost alese în concordanță cu rezultatul discuțiilor „focus grupurilor”. Temele dezbatute au respectat nevoile și particularitățile fiecărui grup vizând profundarea unor aspecte specifice de interes. S-au pus în discuție aspecte legate de preferințele copiilor, de talentele lor, de gestionarea emoțiilor în contexte diferite, de dificultatea de a auzi în medii zgomotoase, de dificultatea de a comunica, de procesul de reabilitare auditiv-verbală, de identitate, de marginalizare, de relațiile cu părinții, cu familia, cu profesorii și cu școala, de stigmatizare, integrare și normalizare. Acestea au constituit baza de plecare pentru alcătuirea scenariilor pieselor de dramaterapie.

d) Chestionarele de evaluare

Chestionarele de evaluare a feedback-ului sesiunilor de dramaterapie cu răspuns deschis destinate copiilor, au constituit încă un instrument specific prezentei cercetări calitative. Răspunsurile copiilor au fost centralizate încercându-se găsirea unui numitor comun în interpretarea acestora. Extragerea și analiza răspunsurilor sunt prezentate în subcapitolul următor, referitor la validitatea rezultatelor.

5.5 Validitatea

Pentru ca rezultatele acestei cercetări să fie cât mai palpabile și pentru a exista un produs final al acestei cercetări s-a încercat realizarea unui ghid de bune practici în vederea alcăturirii unei piese dramaterapeutice destinate în mod specific copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear. Acest ghid este însoțit de un material video înregistrat care prezintă în mod etapizat principalele momente ale întregului proces de alcătuire a unei astfel de piese. El conține un caleidoscop de imagini filmate în timpul sesiunilor de lucru, al dezbatelor din timpul focus-grupurilor, jocuri și exerciții specifice menite să antreneze grupul pentru pregătirea spectacolului, alcătuirea scenelor și repetițiile destinate acestora și nu în ultimul rând reprezentarea finală în fața publicului spectator. Materialul a fost realizat cu sprijinul unei regizoare de film, prezentă alături de copii în calitate de voluntar atât în tabăra de iarnă de la Arieșeni (2016) cât și la Conferința Europeană de Dramaterapie din București (2016). El poate fi regăsit atât pe suport electronic (DVD) în cadrul „Asociației Audiosofia” cât și online sub denumirea de „Caruselul măștilor”.

(<https://youtube.com/watch>).

Ghidul realizării unei piese de dramaterapie pentru copiii cu implant cohlear este menit să indice câteva direcții de acțiune pentru profesioniștii interesați în realizarea unui demers terapeutic asemănător. Deși grupurile terapeutice sunt diferite, deși nevoie lor sunt diferite, deși spațiile de lucru sunt diferite, considerăm că acești piloni de sprijin pe care i-am identificat cu ocazia acestei cercetări, pot fi utili pentru profesioniști.

- Cunoașterea numărului copiilor care alcătuiesc grupul
- Cunoașterea numărului copiilor hipoacuzici și a celor cu auz normal care vor face parte din grup
- Evaluarea nivelului de auz, a inteligenței și a capacitații de redare a vorbirii copiilor purtători de implant cohlear
- Cunoașterea abilităților, preferințelor, nevoilor, talentelor și înclinațiilor copiilor
- Delimitarea grupei/grupelor de vârstă
- Cunoașterea locației
- Cunoașterea reurselor disponibile pentru alcătuirea piesei (materiale, decoruri, costume, muzică, recuzită, boxe, microfoane, lumini, dimensiunile și forma scenei)
- Alegerea temei și a mesajului pe care piesa trebuie să-l transmită
- Alegerea temei în funcție de nivelul de înțelegere și percepere al protagonistilor
- Alegerea fondului muzical

- Alegerea voluntarilor profesioniști
- Pregătirea voluntarilor
- Întâlniri cu voluntari și brainstorming
- Structurarea întâlnirilor
- Stabilirea programului întâlnirilor
- Stabilirea activităților (jocuri, exerciții, joc de rol, etc)
- Creionarea scenelor principale
- Adaptarea scenelor în funcție de nevoile și posibilitățile grupului
- Adaptarea scenelor în funcție de timpul alocat repetițiilor

Cum aminteam anterior, din analiza chestionarelor la care copii au răspuns la sfârșitul sesiunilor dramaterapeutice s-a încercat analiza în profunzime a acestora. Astfel s-au putut desprinde câteva concluzii legate de efectul terapeutic. Rezumând percepțiile indicate de copilul cu implant cohear în urma întregului proces terapeutic de grup, se pot identifica următoarele concluzii:

- Că nu este singur
- Că aparține unui grup
- Că nevoile sale sunt asemănătoare cu ale celorlalți
- Că poate realiza ceva prin propriile-i forțe (independentizarea)
- Că poate fi sursă de bucurie pentru celălalt
- Că se poate exprima autentic într-un cadru securizant
- Că emoțiile și trăirile îi sunt validate într-un spațiu securizant
- Că barierele de comunicare verbală pot dispărea fiind înlocuite de muzică, dans, gestică și mișcare corporală
- Că dificultățile de limbaj nu îl împiedică să comunice

6 Cercetarea cantitativă

Cea de-a doua metodă de abordare a analizei datelor în cadrul tezei de cercetare o reprezintă cercetarea cantitativă.

Studiul examinează felul în care tehniciile terapiei prin joc și dramaterapiei influențează comunicarea copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear în procesul lor de reabilitare auditiv-verbală și în ce măsură participarea în cadrul unui program terapeutic creativ le poate menține comportamentul și starea de sănătate emoțională în limite normale. Cercetarea a integrat rezultatele a trei studii separate, iar pentru a obține date cât mai concrete a fost făcută analiza lotului și din punct de vedere audiologic.

6.1 Întrebările cercetării

1. Care este contribuția tehniciilor terapiei prin joc și dramaterapiei în comunicarea copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear?
2. Dramaterapia are efecte preventive în menținerea sănătății emoționale a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear?
3. Tehnicile terapeutice creative pot deveni tehnici complementare în reabilitarea copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear?
4. Tehnicile terapeutice complementare pot crea premisele procesului de normalizare a copiilor cu implant cochlear și integrării lor în societate?

6.2 Obiectivele cercetării

1. Cercetarea își propune să examineze contribuția tehniciilor terapiei prin joc și dramaterapiei în comunicarea copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear.
2. Studiul are ca scop analiza comportamentului și stării emoționale a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear la sfârșitul parcurgerii programului terapeutic bazat pe tehnici dramaterapiei.
3. Studiul își propune să evidențieze importanța și necesitatea intervenției timpurii prin implantare cochleară în cazul copiilor cu hipoacusie neurosenzorială bilaterală prelinguală.

6.3 Ipotezele cercetării

1. Tehnicile terapeutice creative au rol în îmbunătățirea comunicării copiilor cu implant cochlear?
2. Îmbunătățirea comunicării copiilor cu implant cochlear ajută la menținerea stării de sănătate emoțională și la integrarea lor socială?
3. Tehnicile terapeutice creative pot fi considerate tehnici complementare în reabilitarea copilului cu implant cochlear?

6.4 Metode de cercetare

a) Metode audiologice

Toți copiii care au participat la programul terapeutic au fost investigați din punct de vedere audiologic realizându-se audiometria la căști. De menționat că pentru copiii purtători de implant cohear care au intrat în lotul de studiu s-a extins bateria de teste, astfel că ele au fost efectuate și în câmp liber, cu procesorul ancorat retroauricular (sau cu ambele procesoare în cazul copiilor implanatați bilateral). Pentru a putea determina pragurile de auz ale copiilor s-a efectuat audiometria comportamentală pentru cei cu vârste cuprinse între 3 și 7 ani și cea clasică pentru copiii mai mari de 7 ani. Pentru evaluarea intelibilității cuvintelor s-a realizat audiometria vocală în câmp liber doar pentru copiii cu limbajul expresiv dobândit în momentul inclucerii în studiu.

Testele audiometrice au fost realizate pentru majoritatea copiilor în clinica privată Otomed Medical Center din București. S-au ales condițiile optime de testare având în vedere dotarea clinicii cu cameră specială, izolată fonic, care respectă standardele internaționale. S-a utilizat audiometrul de tip Equinox seria 873909 cu difuzeoare de tip „RO HS conform”, plasate în lateral față de capul copilului testat, de opare și de alta, la distanță de un metru. Pentru copiii cu domiciliul în afara Bucureștiului care din diverse motive (distanță, lipsă de timp, lipsa resurselor financiare) nu au avut posibilitatea testării în această clinică, au fost acceptate rezultatele audiometrice efectuate în teritoriu.

Audiometria la căști

Testarea a început de fiecare dată la frecvența de 1000 Hz. Apoi s-au testat în ordine frecvențele de 2000, 4000, 8000, 500, 250 și 125 Hz. La sfârșit s-a retestat frecvența de 1000 Hz. Testarea urechii controlaterale s-a realizat în același mod.

S-a utilizat metoda descendentă de determinare a pragului de auz specifică audimetriei tonale. Copiii cu vîrstă mai mare de 7 ani au fost instruiți să indice prezența

sunetului prin ridicarea mâinii sau prin apăsarea butonului cuplat la audiometrul generator de sunete.

1. Urmărind un răspuns pozitiv, de la nivelul de start, s-a redus nivelul sunetului în pași de 10 dB, până la cea mai mică intensitate sonoră perceptibilă la frecvența de 1000 Hz.
2. S-a crescut intensitatea sunetului în pași de 5 dB până când răspunsul a reapărut.
3. După apariția răspunsului s-a scăzut nivelul de sunet în pași de 10 dB reluându-se seria ascendentă în pași de 5 dB, până când subiectul a răspuns din nou.
4. S-a continuat în același mod scăderea nivelului de sunet cu 10 dB și creșterea lui în pași de 5dB, până când subiectul a răspuns la același nivel în cel puțin 75% din stimulii prezențăi.
5. După determinarea pragului de auz, definit ca cel mai mic nivel de intensitate la care apare răspunsul subiectului la frecvența testată, acesta a fost notat pe graficul audiogramei.
6. Testarea celorlalte frecvențe menționate anterior s-a realizat în mod similar.
(Cernea, M. (2009), cap. *Audiometrie* din Ataman, T. (2009). *Audiologie clinică*. Ed. Sitech)

Audiometria comportamentală

Pentru copiii cu vârstă cuprinsă între 3 și 7 ani s-a utilizat audiometria comportamentală adaptată vîrstei. Ea diferă de cea clasică prin modul de indicare a apariției senzației sonore. Copiii au fost instruiți prin condiționare să indice prezența sunetului prin intermediul jocului (să încastreze anumite forme geometrice în spațiile corespunzătoare, să insereze piese din lemn în suporturi de diverse mărimi, să arunce bile colorate într-un coș, etc). Răspunsurile au fost astfel semnalate și notate pe graficul audiogramei.

Audiometria tonală în câmp liber

Audiomeria în câmp liber s-a efectuat în camera insonorizată, dotată cu două difuzeoare, etalonate și calibrate adekvat conform normelor ISO 8253. Difuzeoarele au fost plasate la distanța de 1m, de o parte și de alta a scaunului destinat subiectului testat. S-au folosit sunetele vobulate (warble-tone) pentru evitarea undelor staționare. S-a utilizat protocolul de lucru specific determinării pragurilor auditive specifice audiometriei tonale la

căști, fiind evaluată starea auzului prin intermediul implantului cochlear uni sau bilateral în funcție de caz.

Audiometria vocală în câmp liber

Pentru lotul studiat s-a utilizat materialul vocal înregistrat pe suport CD conform normelor ISO 8253-3. Semnalul sonor a fost etalonat astfel încât s-au evitat distorsiunile armonice. Vocea înregistrată a fost una feminină iar materialul vocal a constat din liste a către 10 cuvinte bisilabice extrem de uzuale și cunoscute copiilor. Procentul cuvintelor înțelese corect s-a notat pe graficul audiogrammei vocale în funcție de intensitatea la care au fost emise cuvintele.

S-a urmărit determinarea celor trei indici de referință din audiometria vocală:

1. Determinarea pragului de detectare a vorbirii (SDT - speech detection threshold), adică a celui mai scăzut nivel de intensitate sonoră la care vorbirea este percepță.
2. Determinarea pragului de recunoaștere a vorbirii (SRT – speech recognition threshold), adică nivelul intensității sonore la care este recunoscut un procent de 50% a materialului vocal.
3. Determinarea nivelului maxim de inteligență corespunzător intensității sonore la care se notează procentul maxim de cuvinte înțelese corect. (Cerneanu, M. (2009), cap. *Audiometrie* din Ataman, T. (2009). *Audiologie clinică*. Ed. Sitech)

De menționat faptul că audiometria vocală la căști nu s-a efectuat având în vedere gravitatea hipoacuziei subiecților testați (hipoacuzii neurosenzoriale profunde bilaterale) care nu ar fi permis înregistrarea niciunui răspuns.

b) Metode și instrumente de evaluare în urma procesului terapeutic

Având în vedere că la ora actuală nu există instrumente specifice de evaluare a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear, în urma consultării literaturii de specialitate s-au ales și s-au folosit instrumente de evaluare considerate de cercetătoare a fi cât mai adecvate populației studiate.

S-au folosit instrumente de evaluare diferite pentru cele două tipuri de tehnici terapeutice. Astfel, pentru a se putea cuantifica și compara rezultatele obținute la începutul și sfârșitul procesului terapeutic s-au utilizat:

- *Formularul corporalitate-proiecție-rol* care urmărește paradigmă dezvoltată de Sue Jennings pentru copiii care au urmat programul de terapie prin joc (în perioada 2014-2016) (anexa 5)

- *Testul Jones* pentru copiii care au urmat programul de dramaterapie (în perioada 2014-2017) Johnson, D.R., Pendzik, S., Snow, S. (2012). *Assessment in drama therapy*. Charles C Thomas Publisher, Ltd. (anexa 6)

Datele obținute prin metoda observației privind schimbările apărute în timpul procesului terapeutic au fost aduse din forma inițială într-o formă analizabilă prin intermediul codificării celor două grile de analiză. Înregistrarea datelor s-a realizat sub forma completării formularelor de observație specifice amintite.

Problemele emoționale și comportamentale ale copiilor de vârstă școlară se pot evalua prin diferite moduri. Acestea includ informațiile provenite de la părinți, educatori și persoane de îngrijire din mediul copilului. Sistemul Achenbach al evaluării validate științific este deja un sistem de referință în literatura de specialitate în domeniul evaluării problemelor emoționale și comportamentale ale copiilor. Etaloanele scalelor pentru variantele în limba română au fost construite pe eșantioane reprezentative pentru populația generală cu vârstă cuprinsă între 6 și 18.

De precizat că ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric conține o serie de chestionare cum ar fi CBCL (Child Behavior Checklist) și YSR (Youth Self-Report) destinate părinților și copiilor reprezentativi pentru populația generală (anexele 13 și 14).

Nu există la ora actuală chestionare adaptate specific pentru a evalua comportamentul copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear. Se poate presupune însă că purtarea pe termen lung a implantului cochlear în cazul hipoacuziilor neurosenzoriale severe sau profunde și toți factorii externi care intervin (deprivarea auditivă până în momentul implantării, controale medicale periodice, reglarea frecvență a procesorului de sunet în primii doi ani de la implantare, defectarea componentelor electronice externe sau interne, costurile ridicate necesare menținerii unui astfel de dispozitiv medical, frecvențarea cabinetelor de logoedie din centrele medicale de stat sau private în vederea reabilitării auditiv-verbale, etc), pot influența comportamentul unui astfel de copil.

Pentru cercetarea de față s-a considerat însă acest instrument de evaluare ca fiind relevant pentru lotul de studiu, având ca sistem de referință datele populației generale. Astfel din numărul total de copii aflați în studiu a fost selecționat un lot de 29 de copii cu vârste cuprinse între 6-18 ani, iar părinților lor le-a fost aplicat chestionarul CBCL a testului ASEBA. În studiu au fost analizate doar răspunsurile mamelor. Din acest lot au

fost aleși 14 copii cu vârsta mai mare de 12 ani cărora li s-a aplicat chestionarul de autoevaluare YSR a testului ASEBA. Cotarea rezultatelor a fost făcută manual.

c) Metode de prelucrare statistică a datelor

În cazul mărimilor cantitative (numerice) au fost calculate media aritmetică, abaterea standard, mediana, valorile minime și maxime. Pentru mărimile calitative – ordinale și nominale – au fost calculate frecvențele absolute (numărul de apariții) și frecvențele relative exprimate în procente.

Mărimile calitative au fost comparate cu ajutorul testului Chi pătrat sau testele Wilcoxon-Mann-Whitney (atât pentru date perechi sau observații independente). Compararea mărimilor cantitative a fost făcută cu ajutorul testului T-Student (pentru datele cu distribuție cunoscută) sau cu testele Wilcoxon-Mann-Whitney (în cazul datelor numerice cu distribuție necunoscută), atunci când au fost comparate două grupe. Pentru compararea mai multor grupe, s-a utilizat testul de analiză de varianță ANOVA.

Toate testele utilizate au fost bilaterale. Pragul semnificației statistice a fost de $P \leq 0.05$.

Analiza statistică a fost făcută cu ajutorul softului de statistică STATA 13/MP.

Testul Chi pătrat este un test neparametric utilizat în cazul datelor cu distribuție necunoscută (date calitative). Acest test compară frecvențele observate cu frecvențele așteptate sau teoretice. Testele neparametrice din familia Chi pătrat se utilizează pentru datele prezentate sub formă de tabele de frecvențe (minim 2×2). Testul ține seama de numărul de categorii de comparat prin gradele de libertate. În aceste caz:

Ipoteza nulă H_0 : frecvențele observate nu diferă de frecvențele așteptate.

Ipoteza alternativă H_1 : frecvențele observate diferă de frecvențele așteptate.

Test unilateral și valoarea testului este întotdeauna pozitivă.

Testul t-Student pentru observații independente - este un test utilizat pentru date măsurabile (numerice) cu distribuție normală (gaussiană) și compară mediile a două grupe independente. Testul ține seama de mărimea celor două grupe prin gradele de libertate.

Ipoteza nulă H_0 : $\mu_1 = \mu_2$ (mediile sunt egale statistic)

Ipoteza alternativă H_1 : $\mu_1 \neq \mu_2$ (mediile sunt diferențiale statistic).

Abaterile standard se consideră necunoscute. Testul are variante pentru abateri standard egale și pentru abateri standard diferențiale. Este un test bilateral.

Testul t-Student pentru observații perechi - este varianta testului Student pentru compararea mediilor a două grupe dependente de date perechi (exemplu: înainte și după de intervenție), date măsurabile (numerice) cu distribuție normală. Testul ține seama de mărimea celor două grupe prin gradele de libertate.

Ipoteza nulă $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$ (mediile sunt egale statistic)

Ipoteza alternativă $H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$ (mediile sunt diferite statistic).

Abaterile standard se consideră necunoscute. Testul are variante pentru abateri standard egale și pentru abateri standard diferite. Este un test bilateral.

Testul Wilcoxon - U Mann-Whitney(testul Wilcoxon pentru suma rangurilor) - este alternativa neparametrică a testului Student pentru compararea a două grupe de date cantitative (măsurabile) sau calitative (ordinale, date care pot fi ierarhizate, ordonate) cu distribuții necunoscute. Testul verifică egalitatea dintre distribuțiile a două grupe independente ordonate crescător. Este un test bilateral.

Testul Wilcoxon pentru rangurile cu semn (testul Wilcoxon pentru observații perechi) - este alternativa neparametrică a testului Student pentru observații perechi și a testului Wilcoxon Mann-Whitney pentru suma rangurilor, compararea a două grupe de date perechi cantitative (numerice) sau calitative (ordinale, date care pot fi ierarhizate, ordonate) cu distribuții necunoscute. Testul calculează diferențele dintre rangurile pentru perechile de observații și verifică egalitatea dintre distribuțiile diferențelor pozitive și negative. Este un test bilateral.

Analiza de varianță ANOVA este un test de comparație între mai multe grupe de date numerice. Este un test complex care intră în categoria de modelare. Modelul multidimensional testează date numerice ale mai multor grupe alcătuite după mai multe criterii. Testul compară mediile și varianțele grupelor formate prin combinațiile criteriilor (intra și inter grupe). Se formulează H_0 și H_1 atât pentru modelul în ansamblu, cât și pentru fiecare criteriu în parte. Este un test bilateral.

6.5 Contribuții privind studiul influenței tehniciilor terapeutice creative în ceea ce privește comunicarea copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear în procesul de reabilitare auditiv-verbală

6.5.1 Analiza lotului aflat în studiu

Lotul de participanți

Lotul studiat este format din 89 de copii hipoacuzici purtători de implant cohlear. La studiu au participat 37 de fete și 52 de băieți cu vârste cuprinse între 3 și 18 ani. De menționat că odată cu începerea studiului, un singur copil a fost purtător de proteze auditive, ulterior fiind implantat cohlear. Pentru a fi studiat, grupul copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear a fost extras din grupul total de copii participanți la grupurile de terapie (care-i cuprinde și pe cei 119 cu auz normal și pe cei 21 purtători de proteze auditive convenționale).

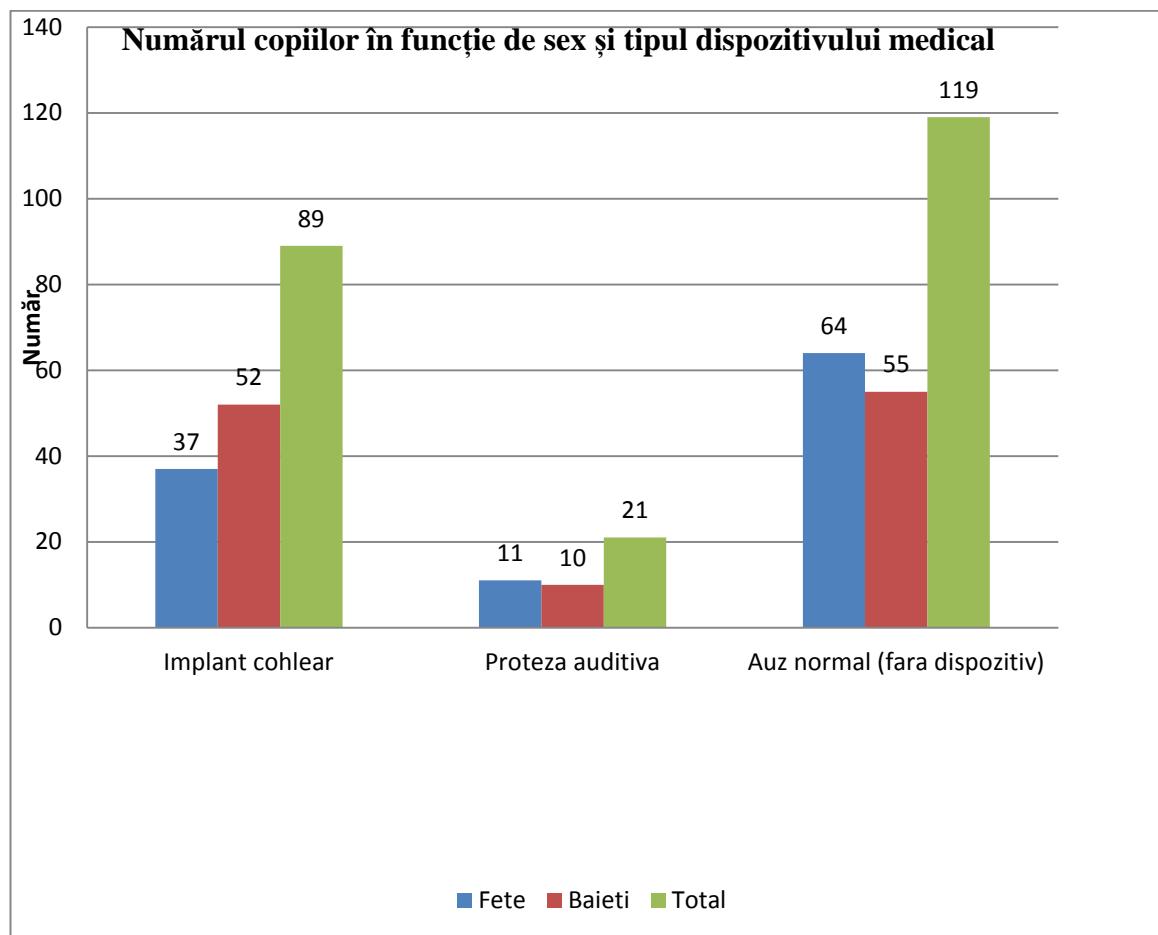


Fig. 6.1

Copiii incluși în terapie în decursul celor patru ani în funcție de dispozitivul medical

Anul	Implant cohlear		Proteză auditivă		Auz normal (fară dispozitiv)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2014	29	24.37	8	6.72	82	68.91	119	100
2015	52	59.09	13	14.77	23	26.14	88	100
2016	48	48.0	11	11.0	41	41.0	100	100
2017	24	77.42	1	3.23	6	19.35	31	100
Total	153	45.27	33	9.76	152	44.97	338	100

Testul Chi2 – P ≤ 0.0001

Tabelul 6.1

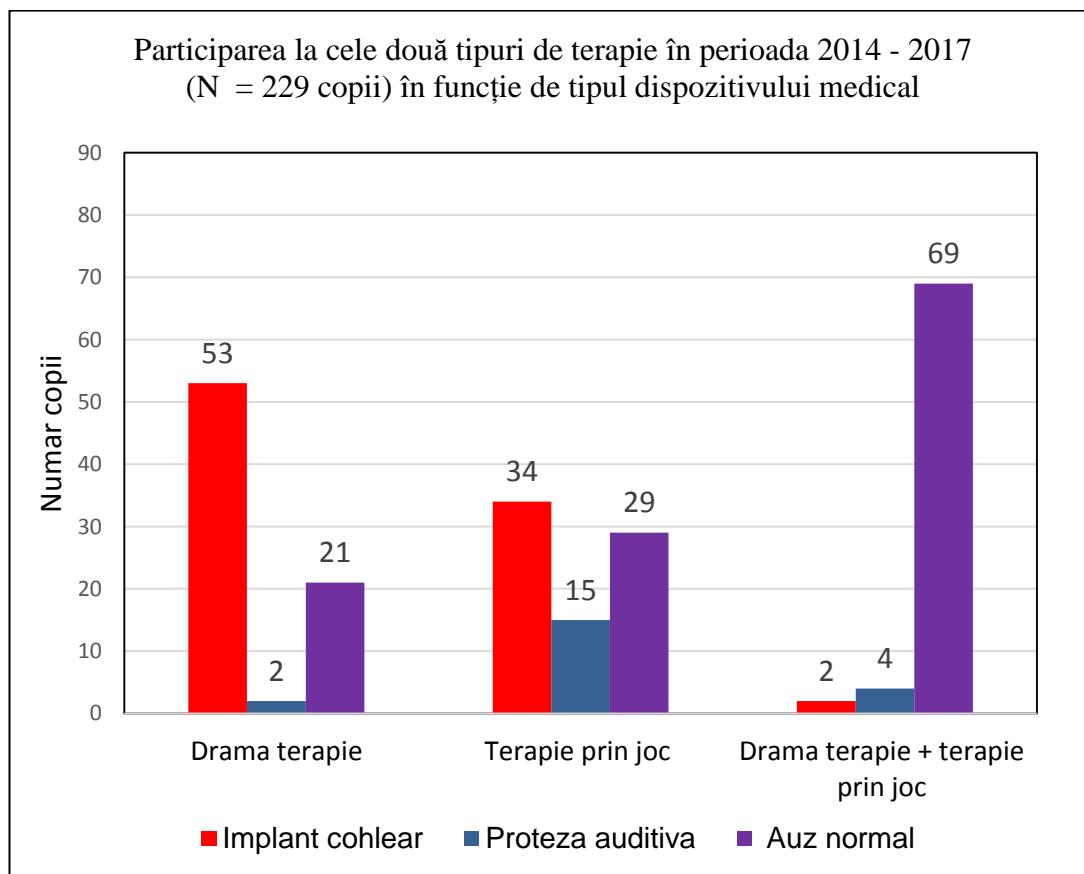


Fig. 6.2

Distribuția copiilor în anii de terapie și tipul dispozitivului medical este statistic semnificativ diferită. Există un singur caz în care, la includerea în studiu, copilul a purtat proteză auditivă și apoi a beneficiat de implant cochlear.

Activitățile s-au desfășurat în 14 locații în perioada 2014-2017, iar tehniciile terapeutice au fost alese în funcție de vârstă biologică a copiilor și de particularitățile grupurilor (vezi grafic).

Vârstă biologică în ani împliniți la data includerii în studiu (la prima participare)

Tipul dispozitivului medical	N	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Implant cochlear	89	8.9	4.9	2	9	22
Proteză auditivă	21	7.4	4.3	1	6	18
Auz normal	119	6.3	3.6	2	5	17
Total	229	7.4	4.4	1	6	22

Analiza de varianță ANOVA - $P \leq 0.0001$

Tabelul 6.2

Vârstele la includerea în studiu diferă statistic semnificativ. Se observă că media de vârstă diferă în funcție de tipul terapiei la care au participat copiii astfel că media de vârstă a celor care au participat la sesiunile de dramaterapie este de 12,09 ani iar a celor care au participat la terapia prin joc de 5,97 ani. Se face referire la vârstă biologică.

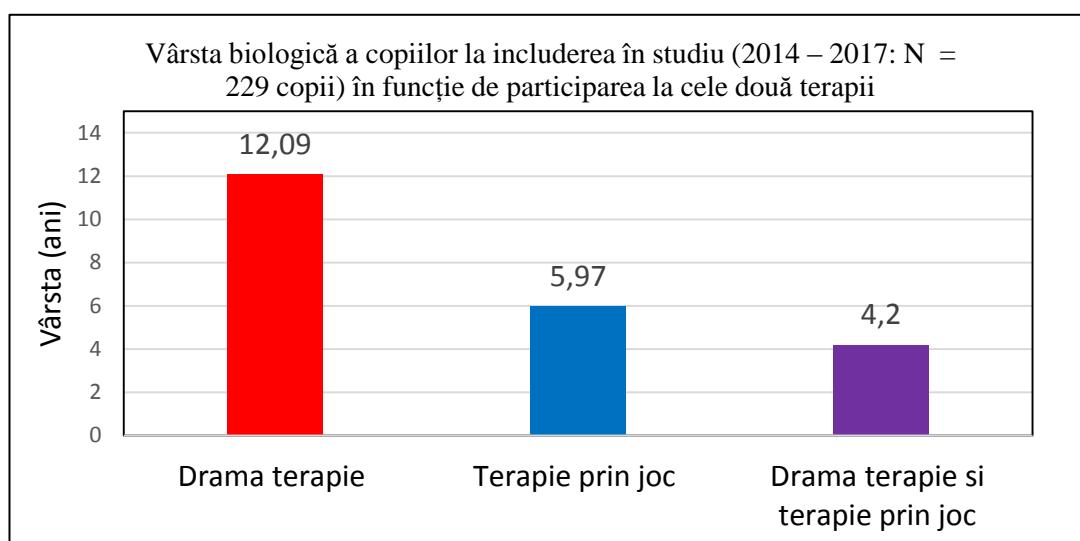


Fig. 6.3

Vârstă biologică a copiilor în anul în care s-a realizat terapia

Anul	Tipul dispozitivului medical	N	Vârstă în ani împliniți la data începerii terapiei				
			Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
2014	Implant cohlear	29	12.6	4.8	3	13	20
	Proteză auditivă	8	5.1	5.3	1	4	18
	Auz normal	82	5.5	3.2	2	4	15
	Total	119	7.2	4.8	1	5	20
2015	Implant cohlear	52	7.3	4.7	2	5	17
	Proteză auditivă	13	5.5	2.4	3	5	13
	Auz normal	23	8.8	4.2	4	7	15
	Total	88	7.4	4.4	2	6	17
2016	Implant cohlear	48	10.8	5.2	3	12	22
	Proteză auditivă	11	8.5	3.3	5	7	13
	Auz normal	41	9.0	4.2	3	8	16
	Total	100	9.8	4.7	3	9	22
2017	Implant cohlear	24	11.7	3.0	9	10.5	18
	Proteză auditivă	1	7.0	-	7	7	7
	Auz normal	6	13.7	4.2	6	14.5	17
	Total	31	11.9	3.4	6	11	18
Analiza de varianță ANOVA - P ≤ 0.0001							

Tabelul 6.3

Vârstele în anii în care s-a facut terapia și în funcție de dispozitivul medical diferă semnificativ statistic.

Sexul celor 229 copii care au participat la terapie în funcție de dispozitivul medical la prima participare

	Implant cohlear		Proteză auditivă		Auz normal (fără dispozitiv)		Total	
Sexul copiilor	N	%	N	%	N	%	N	%
Fete	37	41.57	11	52.38	64	53.78	112	48.91
Băieți	52	58.43	10	47.62	55	46.22	117	51.09
Total	89	100	21	100	119	100	229	100
Testul Chi2 – P = 0.207								

Tabelul 6.4

Distribuția în funcție de sexul copiilor și în funcție de tipul dispozitivului medical nu este diferită din punct de vedere statistic.

Numărul de participări la terapii în funcție de tipul dispozitivului medical

Numărul de participări	Implant cohlear		Proteză auditivă		Auz normal (fară dispozitiv)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	89	58.17	21	63.64	119	78.29	229	67.75
2	33	21.57	8	24.24	23	15.13	64	18.93
3	18	11.76	4	12.12	5	3.29	27	7.99
4	9	5.88	0	0	3	1.97	12	3.55
5	4	2.61	0	0	2	1.32	6	1.78
Total	153	100	33	100	152	100	338	100

Tabelul 6.5

Modalitatea de protezare în funcție de tipul hipoacuziei

	Implant cohlear		Proteza auditivă		Total	
Tipul hipoacuziei	N	%	N	%	N	%
Hipoacuzie neurosenzorială	90	100	18	90	108	98.18
Hipoacuzie de transmisie	0	0	2	10	2	1.82
Total	90	100	20	100	110	100
Testul Chi2 – P = 0.002						

Tabelul 6.6

Protezarea este statistic semnificativ diferită în cele două cazuri de hipoacuzie (implant cochlear pentru hipoacuzia neurosenzorială și proteză auditivă pentru hipoacuzia de transmisie). Copiii hipoacuzici care au participat la sesiunile terapeutice prezintă într-un procent de 98,18 % hipoacuzie neurosenzorială și doar 1,82 % prezintă hipoacuzie de transmisie.

Rezultatele audiometriei – numai pentru copiii cu implant cochlear

Mărimea		N	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Audiometrietală	PA cu IC(dB HL)	90	25.09	11.66	12	20	65
Audiometrievocală	MIN (dB HL)	64	19.84	5.63	10	20	40
	SRT (dB HL)	64	32.03	8.34	20	30	55
	MAX (dB HL)	64	46.48	11.81	30	45	70
	Porcentul (%)	64	-	-	60	100	100

Tabelul 6.7

**Rezultatele audiometriei tonale (n=90) și vocale (N=64) –
pentru copiii cu implant cohlear**

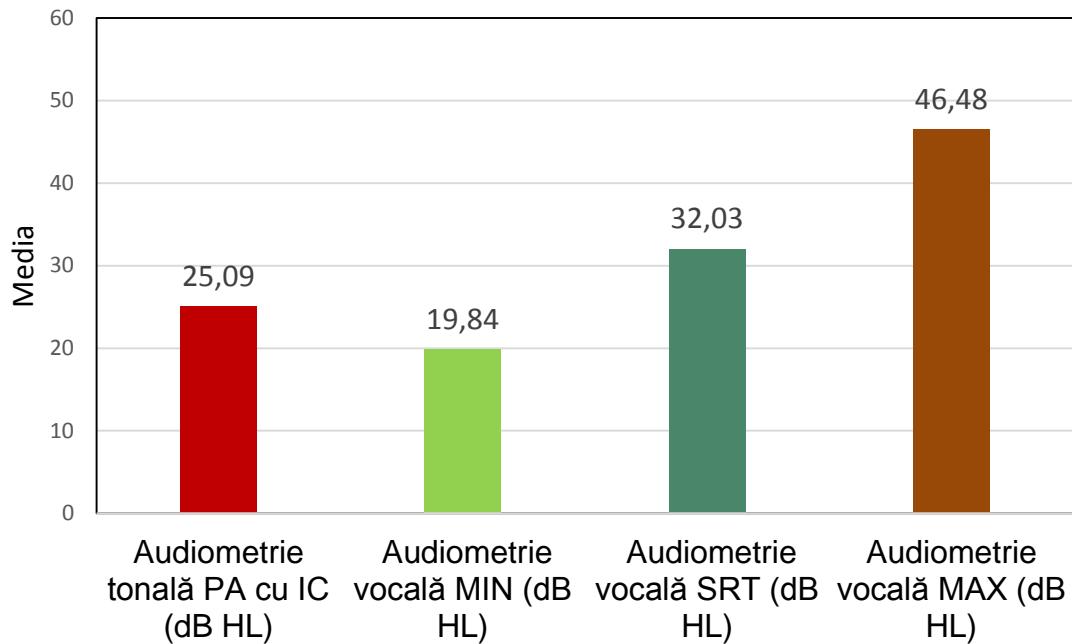


Fig. 6.4

Rezultatele audiometriei tonale efectuată în câmp liber cu procesorul implantului cohlear plasat retroauricular, evidențiază o medie a pragurilor auditive situată la 25,09 dB HL, ceea ce indică un auz situat în limite apropiate de cele normale comparativ cu cele ale unui normoacuzic. După standardele OMS (2002), auzul normal este situat între 0-20 dB HL.

Pragurile auditive din audiometria tonală sunt în concordanță cu cele din audiometria vocală, SRT având o valoare medie de aproximativ de 32 dB HL cu maximul de inteligențialitate aflat la aproximativ 46 dB HL. Media pragului de recunoaștere a vorbirii (SRT) pentru copiii testați prin intermediul audiometriei vocale se corelează cu media pragului tonal, diferența fiind mai mică de 10 dB HL, ceea ce corespunde limitei acceptate în literatura de specialitate. Se poate considera astfel că majoritatea copiilor aflați în lotul de studiu beneficiază prin intermediul implantului cohlear de un nivel de auz comparativ cu cel normal, chiar dacă nivelul de inteligențialitate este inferior.

De menționat că majoritatea copiilor cu vîrstă mai mică de 5 ani s-au aflat în timpul studiului încă în perioada de reglare a procesorului de sunet, deci nivelul lor de auz

nu poate fi considerat definitiv. Acest aspect trebuie menționat cu scopul de a sublinia perspectiva de îmbunătățire a mediei globale a nivelului de auz a lotului aflat în studiu.

Tipul protezării în funcție de gradul hipoacuziei

		Urechea dreaptă				
Gradul hipoacuziei	Implant cochlear	Proteză auditivă		Total		
Moderată	0	0	3	15	3	2.73
Profundă	86	95.56	2	10	88	80
Severă	4	4.44	15	75	19	17.27
Total	90	100	20	100	110	100
		Urechea stangă				
Gradul hipoacuziei	Implant cochlear	Proteză auditivă		Total		
Moderată	0	0	3	15	3	2.73
Profundă	87	96.67	2	10	89	80.91
Severă	3	3.33	15	75	18	16.36
Total	90	100	20	100	110	100
Testul Chi2 – 1. Urechea dreaptă – P ≤ 0.00012. Urechea stangă – P ≤ 0.0001						

Tabelul 6.8

Modalitățile de protezare, la ambele urechi diferă statistic semnificativ în funcție de gradul hipoacuziei.

Tipul hipoacuziei în funcție de momentul apariției

		Implant cochlear		Proteza auditiva		Total	
Tipul hipoacuziei	N	%	N	%	N	%	
Pre linguală	88	97.78	20	100	108	98.18	
Post linguală	2	2.22	0	0	2	1.82	
Total	90	100	20	100	110	100	
Testul Chi2 – P = 0.501							

Tabelul 6.8

Protezarea este independentă de cele două tipuri de hipoacuzie (foarte puține cazuri de hipoacuzie post linguală).

Vârsta la care copiii au fost protezați, respectiv implanțați cochlear

	Sex	N	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Primul implant cochlear	Fete	39	5.21	4.03	0.00	3.60	15.02
	Băieți	52	4.83	3.18	1.08	4.02	13.70
	Total cu primul implant	91	4.99	3.55	0.00	3.97	15.02
Al doilea implant cochlear	Fete	12	5.39	2.13	1.65	5.75	8.80
	Băieți	15	9.37	4.41	3.67	8.47	17.52
	Total cu al doilea implant	27	7.60	4.06	1.65	6.82	17.52
Protezare auditivă	Fete	16	3.26	2.83	-6.22	3.25	6.10
	Băieți	21	2.79	1.15	0.27	2.85	4.83
	Total protezați auditiv	37	2.99	2.03	-6.22	3.00	6.10
La primul implant - Testul t-Student în funcție de sex P = 0.6278							
La al doilea implant - Testul t-Student în funcție de sex P = 0.0084							
La protezare auditivă - Testul t-Student în funcție de sex P = 0.4893							

Tabelul 6.10

La primul implant cochlear și la protezarea auditivă nu există diferențe între fete și băieți; în schimb la al doilea implant fetele au vîrste mai mici față de băieți (semnificativ statistic).

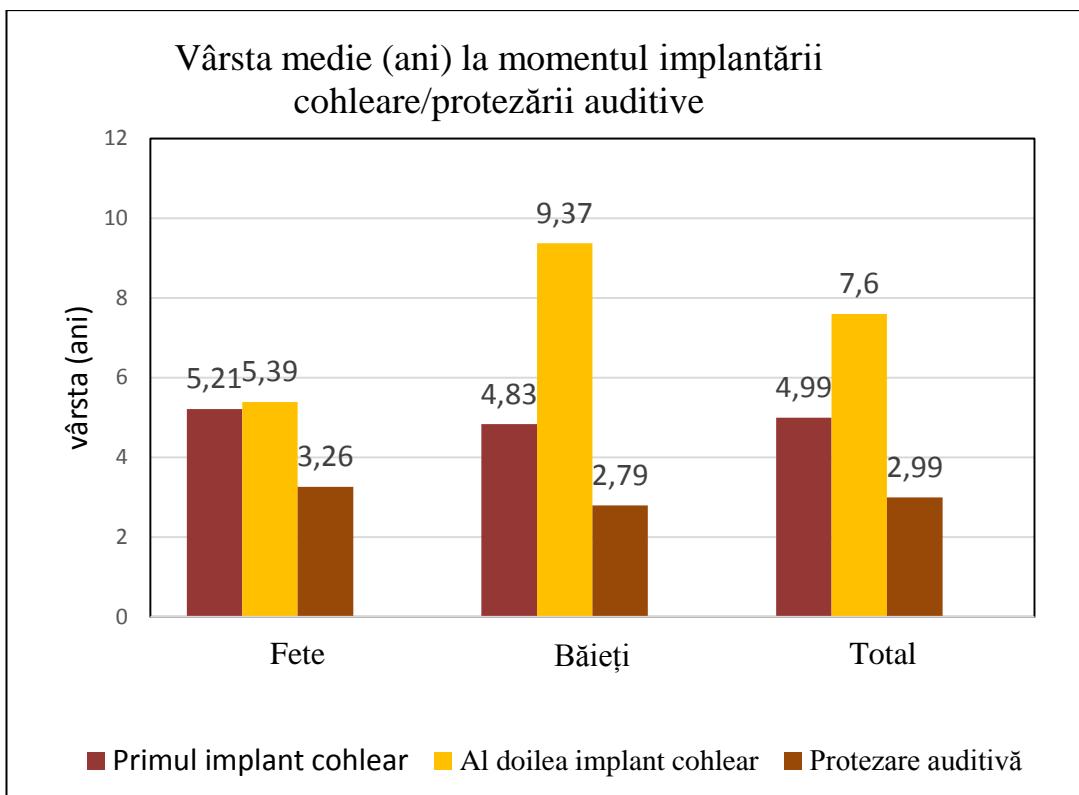


Fig. 6.5

Se observă că vârsta medie de implantare a subiecților acestui studiu este una tardivă, aflată la granița perioadei critice de 5 ani, vârstă biologică. Astfel se explică dificultățile de comunicare în ceea ce privește limbajul verbal al multora dintre copii.

6.5.2 Studiu privind influența terapiei prin joc asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear

Scop

În studiul de față ne propunem să analizăm influența terapiei prin joc asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear.

Obiective

Obiectivul principal este să examinăm cele trei arii de bază ale paradigmelor corporalitate-proiecție-rol la începutul și sfârșitul procesului terapeutic și să analizăm eventualele modificări apărute în strategiile de comunicare ale copiilor purtători de implant cohlear.

Ipoteze

Ipoteza generală:

Terapia prin joc are o influență pozitivă asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.

Ipoteze specifice:

- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de comunicare în aria corporalității pentru copiii purtători de implant cochlear participanți la studiu.
- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de comunicare în aria proiecției pentru copiii purtători de implant cochlear participanți la studiu.
- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de comunicare în aria rolului pentru copiii purtători de implant cochlear participanți la studiu.

Lot în studiu și criterii de selecție

Cercetarea s-a desfășurat în perioada 2014-2016 în cadrul mai multor locații: I.F.A.C.F – O.R.L „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București (Secția 6 externă - grădiniță „Ciuboțica cucului”), Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S.Curie” din București și clinica Otomed Medical Center din București.

Din studiu au facut parte copii hipoacuzici purtători de implant cochlear uni sau bilateral, cu vârste cuprinse între 3-6 ani. Nu s-a ținut cont de eventualitatea diagnosticelor asociate hipoacuziei. Ei au parcurs un program de terapie prin joc în perioada 2014-2016, făcând parte din grupuri terapeutice mixte. Grupurile mixte au fost alcătuite atât din copii purtători de implant cochlear cât și din copii purtători de aparete auditive convenționale și copii cu auz normal.

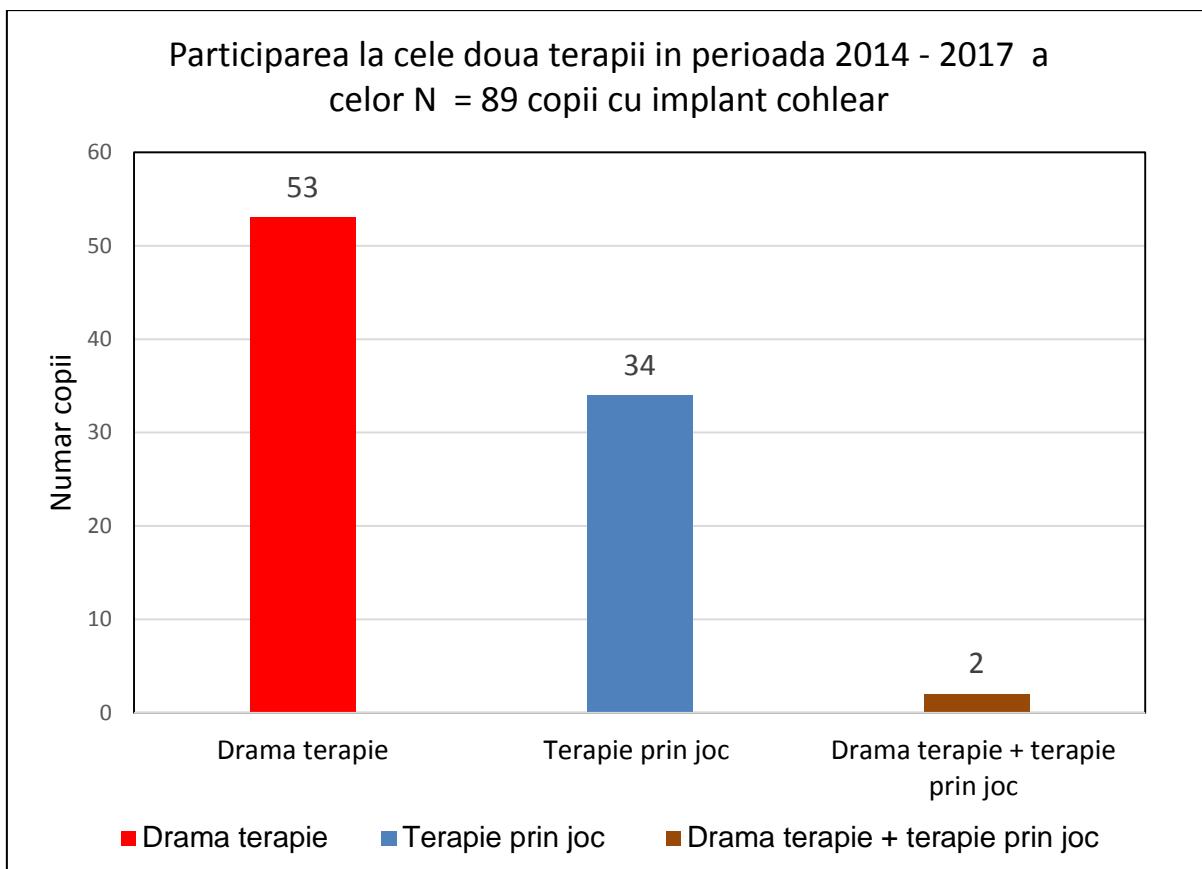


Fig. 6.6

Metodologie

Participanții la studiu care au urmat programul de terapie prin joc (în perioada 2014-2016) au fost evaluați cu ajutorul formularului de Corporalitate-Proiecție-Rol care urmărește paradigma dezvoltată de Sue Jennings (anexa 5).

Rezultate

Evaluarea capacitateii de exprimare la nivel corporal

Testul CPR – Corporalitate						
	Corporalitate – Scoruri					
	Ani și număr de participanți					
Corporalitate	2014 (N=4)		2015 (N = 29)		2016 (N=14)	
	Start	Final	Start	Final	Start	Final
Contact vizual	4	4	26	28	14	14
Orientare	4	4	28	29	14	14
Lucrul cu corpul	2	4	23	27	14	14
Corpul în ansamblu	4	4	29	29	14	14
Cu părțile corpului	4	4	29	29	15	15
Imagine corporală	4	4	29	29	15	15
Mimica	3	4	16	18	10	11
Total corporalitate	25	28	180	189	96	97
Testul Wilcoxon pentru perechi						
Total P =0.009	2014 – P=0.158		2015 – P=0.049		2016 - P = 0.317	

Tabelul 6.10

Conform rezultatelor se constată diferențe statistic semnificative între start și final în anul 2015 și per total ani, ceea ce evidențiază o îmbunătățire a strategiilor de implicare și exprimare corporală.

Evaluarea capacitatei de exprimare la nivel proiectiv

Testul CPR – Proiecție						
	Proiecție – Scoruri					
	Ani și număr de participanți					
Proiecție	2014 (N=4)		2015 (N = 29)		2016 (N=14)	
	Start	Final	Start	Final	Start	Final
Nisip	3	4	23	26	15	15
Lut	3	4	26	28	14	14
Creioane colorate	3	3	25	29	14	14
Pictură	3	4	25	28	12	15
Detaliu sau imagine de ansamblu	1	1	4	6	5	8
Jucării unice sau jucării mari	4	4	26	28	14	15
Mediul sau construcții din cutii	2	4	28	29	14	14
Total proiecție	19	24	157	174	88	95
Testul Wilcoxon pentru perechi						
Total P =0.0003	2014 – P=0.048		2015 – P=0.017		2016 - P = 0.085	

Tabelul 6.11

S-au constatat diferențe statistic semnificative între start și final în anii 2014 și 2015 și per total ani în ceea ce privește capacitatea de exprimare a copiilor la nivel proiectiv.

Evaluarea capacății de exprimare prin intermediul rolului

Testul CPR – Rol

	Rol – Scoruri					
	Ani și număr de participanți					
Rol	2014 (N=4)		2015 (N = 29)		2016 (N=14)	
	Start	Final	Start	Final	Start	Final
Mișcare corporală	4	4	12	13	13	14
Sunet/vorbire	2	3	7	7	10	11
Mimică/inovație	0	3	9	9	8	12
Scurt/susținut	0	3	5	7	10	13
Relația cu alt rol	0	4	5	12	6	13
Dezvoltarea rolului	1	2	4	7	1	10
Scena/dezvoltare situației	0	0	1	3	0	4
Total rol	7	19	43	58	48	77
Testul Wilcoxon pentru perechi						
Total P =0.0001	2014 – P=0.031		2015 – P=0.031		2016 - P = 0.018	

Tabelul 6.12

Conform rezultatelor s-au constatat diferențe statistic semnificative între start și final în toți anii, inclusiv per total ani în ceea ce privește capacitatea de abordare a rolului.

Concluzii

Din datele analizate pe parcursul întregii perioade în care copiii au urmat sesiunile de terapie prin joc, se observă o îmbunătățire atât specifică cât și globală în toate cele trei arii: corporalitate, proiecție și rol. De remarcat este faptul că interpretarea rolurilor s-a îmbunătățit în fiecare an de terapie. Astfel se confirmă cele trei ipoteze specifice cât și ipoteza generală.

6.5.3 Studiu privind influența dramaterapiei asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear

Scop

În studiu de față ne propunem să analizăm influența dramaterapiei asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear.

Obiective

Obiectivul principal este să examinăm mai multe arii de manifestare în ceea ce privește interpretarea rolurilor la începutul și sfârșitul procesului terapeutic și să analizăm eventualele modificări apărute în strategiile de comunicare ale copiilor purtători de implant cohlear.

Ipoteze

Ipoteza generală:

Dramaterapia are o influență pozitivă asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear.

Ipoteze specifice:

- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de relaționare a copiilor purtători de implant cohlear participanți la studiu.
- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a nivelului de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale a copiilor purtători de implant cohlear participanți la studiu.
- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de comunicare în ceea ce privește menținerea stării de bună dispoziție a copiilor purtători de implant cohlear participanți la studiu (eutimia).

Lot în studiu și criterii de selecție

Cercetarea s-a desfășurat în perioada 2014-2017 în cadrul mai multor locații: I.F.A.C.F – O.R.L „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București (Secția 6 externă - gradiniță „Ciuboțica cucului” 2014, 2015) și taberele naționale de implant cohlear (Moeciu de Sus 2014, Eforie Nord 2014, 2016, Olimp 2015, Poiana Brașov 2015, Cabana Voina 2016, Arieșeni 2016, 2017).

Din studiu au făcut parte copii hipoacuzici purtători de implant cohlear uni- sau bilateral, cu vîrste cuprinse între 6-18 ani. Nu s-a ținut cont de eventualitatea diagnosticelor asociate hipoacuziei. Ei au parcurs un program de dramaterapie în perioada

2014-2017, participând la grupuri terapeutice mixte. Grupurile mixte au fost alcătuite atât din copii purtători de implant cochlear cât și din copii purtători de aparete auditive convenționale și copii cu auz normal.

Metodologie

Participanții la studiu care au urmat programul de dramaterapie (în perioada 2014-2017) au fost evaluați cu ajutorul Testului Jones (1996) (anexa 6) care urmărește mai multe arii de abordare a rolului protagonistilor implicați în procesul terapeutic. Pentru a putea evalua rezultatele testului Jones s-a făcut apel la un artificiu de interpretare, astfel încât rezultatele itemilor din tabel care sunt colorate în gri evidențiază rezultatele antagoniste (cu cât scorul este mai mare, cu atât puterea itemului scade).

Rezultate

Evaluarea eutimiei (stare afectivă normală, de bună dispoziție)

Testul Jones – Eutimia

An (numar participanți)	Eutimia- Scoruri							
	Evaluare	Distructiv	Protagonist	Retras	Timid	Participativ	Activ	Eutimia
2014 (N=25)	Start	25	23	12	0	11	3	74
	Final	25	24	12	2	22	8	93
2015 (N=23)	Start	22	21	17	3	13	2	78
	Final	23	22	17	4	20	10	96
2016 (N=33)	Start	32	31	25	0	20	2	110
	Final	33	32	27	6	31	8	137
2017 (N=24)	Start	24	23	22	1	20	0	90
	Final	24	23	22	3	22	6	100
2014-2017 (N=130)	Start	103	98	76	4	64	7	352
	Final	105	101	78	15	95	32	426
Scor total Eutimie - Comparatie start-final - Testul Chi2 – P = 0.001								

Tabelul 6.13

Scorurile finale și inițiale pentru perioada 2014-2017 sunt diferite statistic.

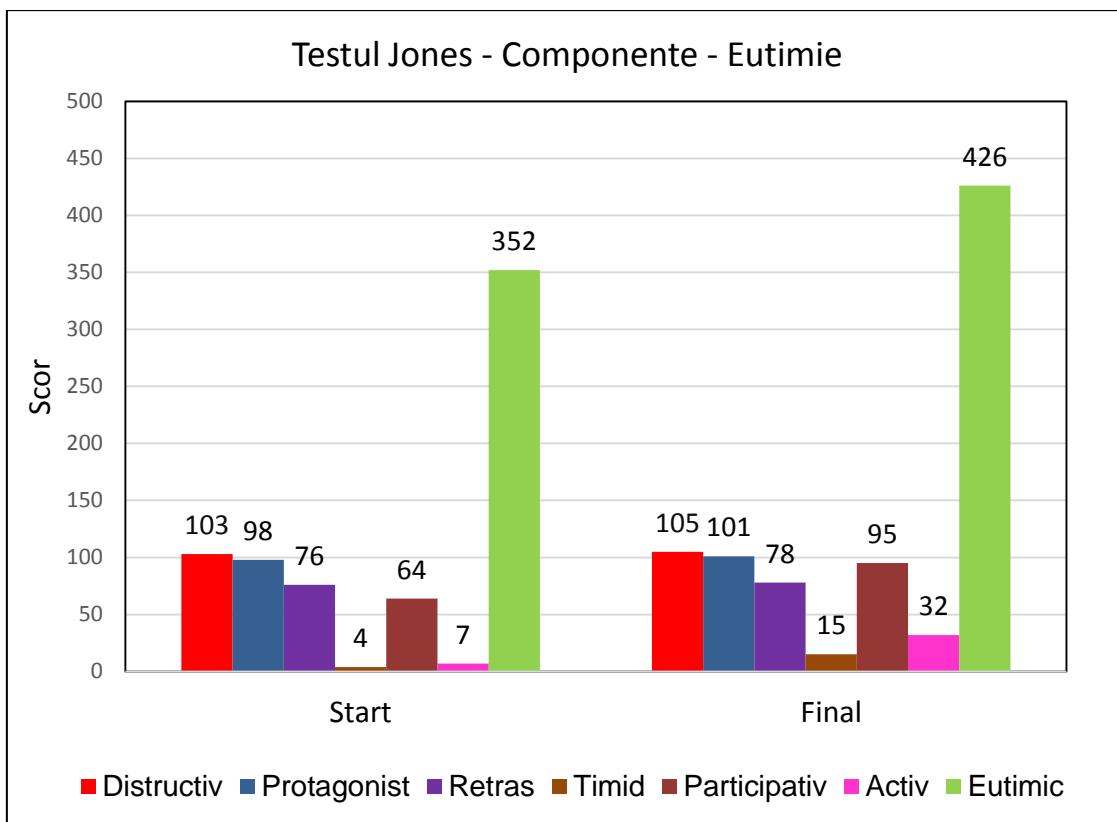


Fig. 6.7

Din interpretarea datelor de mai sus reiese că în urma dramaterapiei au scăzut timiditatea și comportamentul de retragere și izolare al copiilor, diminuând efectul comportamentului depresiv global și potențându-l pe cel eutimic. Astfel a crescut starea afectivă normală, de bună dispoziție. În acest timp s-a menținut comportamentul antidistructiv concomitent cu dorința de a avea roluri de protagoniști și s-a îmbunătățit participarea activă la procesul terapeutic.

Evaluarea capacitatei de relaționare

Testul Jones - Capacitatea de relaționare

An (numar participanți)	Capacitatea de relaționare – Scoruri						
	Evaluare	Nu colaborează	Execută	Discută ideile	Elaborează idei creative	Are sugestii, propune	Capacitatea de relaționare
2014 (N=25)	Start	25	7	7	0	0	39
	Final	25	9	9	5	7	55
2015 (N=23)	Start	22	9	7	1	0	39
	Final	23	13	8	9	7	60
2016 (N=33)	Start	33	9	18	1	0	61
	Final	33	11	11	9	9	73
2017 (N=24)	Start	24	3	3	0	0	30
	Final	24	4	5	2	3	38
2014-2017 (N=130)	Start	104	28	35	2	0	169
	Final	105	37	33	25	26	226
Scor total Capacitatea de relaționare – Comparație start-final - Testul Chi2 – P < 0.0001							

Tabelul 6.14

Scorurile finale și initiale pentru perioada 2014-2017 sunt diferite statistic.

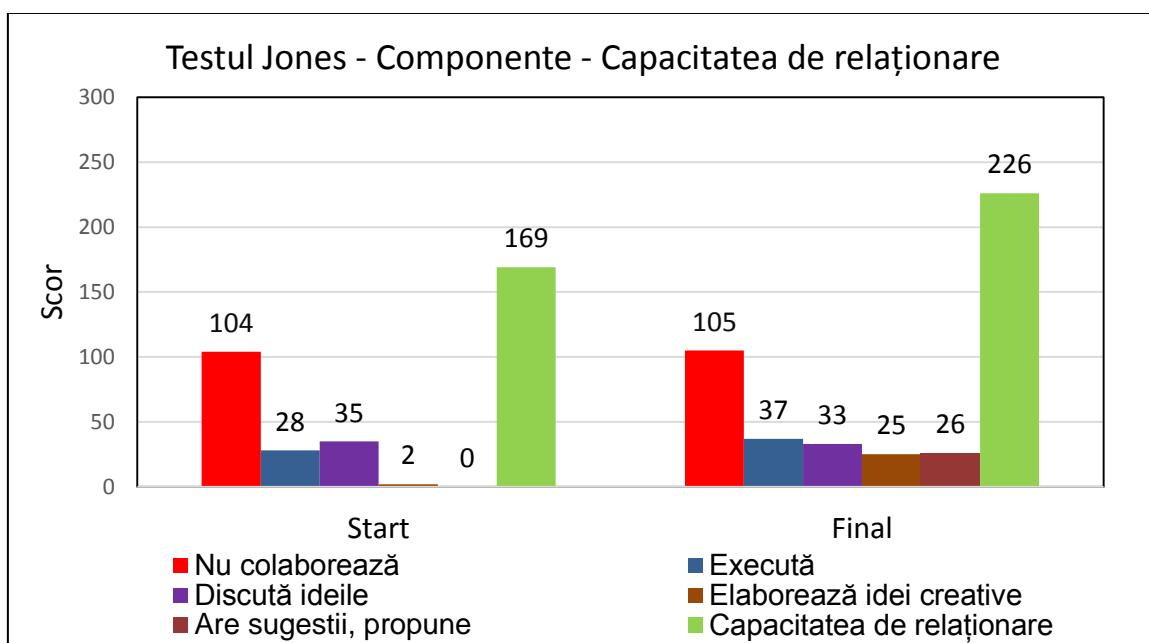


Fig. 6.8

În urma terapiei se observă o îmbunătățire a capacitateii de relaționare a copiilor participanți la studiu prin stimularea elaborării ideilor creative și a încurajării de a avea sugestii și idei proprii în cadrul activităților, deși tendința este de a executa instrucțiunile fără o implicare proprie creativă.

Evaluarea modalității de a face alegeri

Testul Jones - Modalitatea de a face alegeri

An (număr participanți)	Modalitatea de a face alegeri – Scoruri							
	Evaluare	Întâmplătoare	Negociază cu grupul	Alegerea rolului	Atribuirea unui rol	Atribuirea rolului de către terapeut	Improvisație individuală	Modalitatea de a face alegeri
2014 (N=25)	Start	25	2	6	0	17	0	50
	Final	25	3	7	0	16	12	63
2015 (N=23)	Start	23	2	7	0	14	0	46
	Final	23	2	11	0	9	12	57
2016 (N=33)	Start	33	3	10	0	21	0	67
	Final	33	4	21	0	11	14	83
2017 (N=24)	Start	24	0	8	0	16	0	48
	Final	24	1	9	0	14	7	55
2014-2017 (N=130)	Start	105	7	31	0	68	0	211
	Final	105	10	48	0	50	45	258
Scor total Modalitatea de a face alegeri – Comparație start-final - Testul Chi2 – P < 0.0001								

Tabelul 6.15

Scorurile finale și inițiale pentru perioada 2014-2017 sunt diferite statistic.

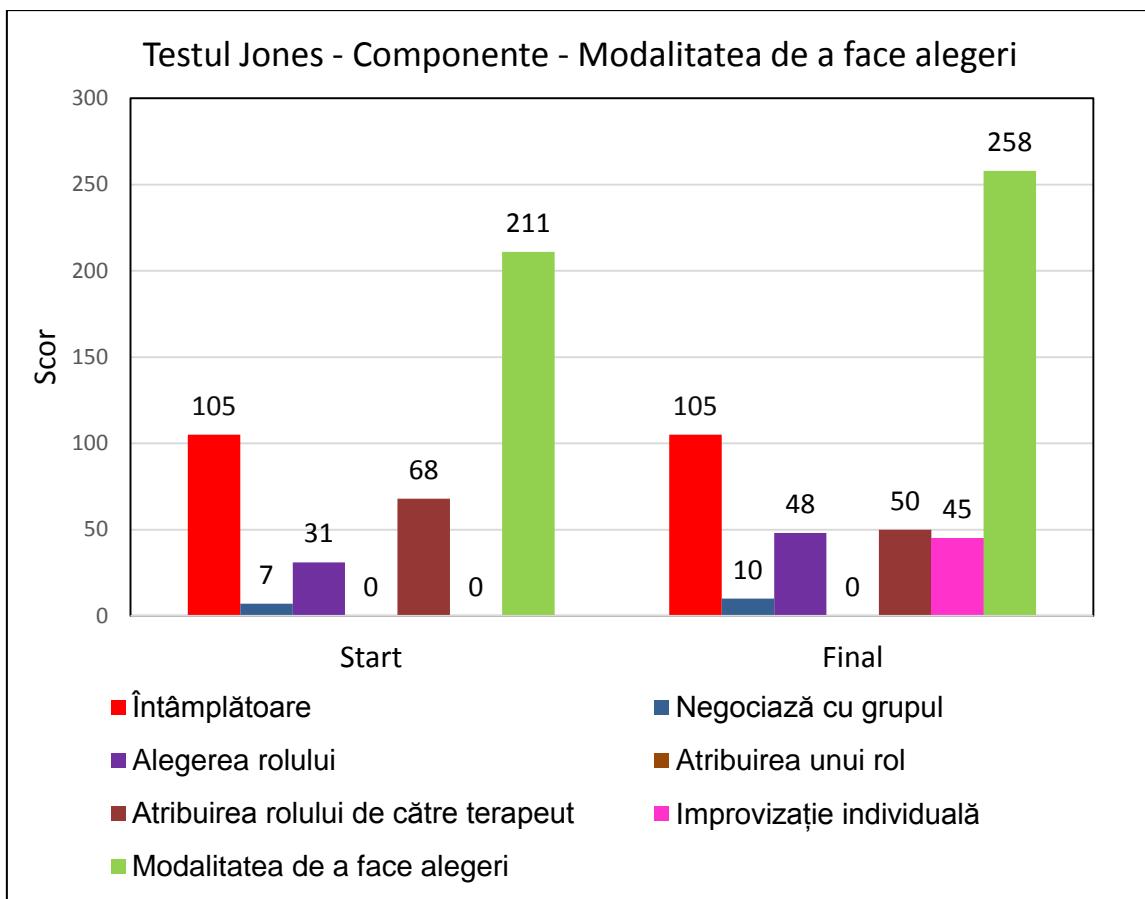


Fig. 6.9

Deși se observă o tendință inițială de a face alegeri întâmplătoare sau de a accepta pasiv atribuirea unui rol sugerat de către terapeut, la final are loc o îmbunătățire în ceea ce privește alegerea propriului rol sau a improvizației individuale care aduce o contribuție pozitivă la dinamica întregului proces.

Evaluarea capacitatei de concentrare

Testul Jones - Capacitate de concentrare

An (numar participanți)	Capacitate de concentrare– Scoruri					
	Evaluare	Constantă	Fluctuantă	Superficială	Absentă	Capacitate de concentrare
2014 (N=25)	Start	22	25	16	13	76
	Final	25	25	21	21	92
2015 (N=23)	Start	19	22	22	17	80
	Final	22	23	22	21	88
2016 (N=33)	Start	28	32	32	26	118
	Final	32	32	33	31	128
2017 (N=24)	Start	20	24	23	19	86
	Final	23	24	24	23	94
2014-2017 (N=130)	Start	89	103	93	75	360
	Final	102	104	100	96	402
Scor total Capacitate de concentrare – Comparație start-final - Testul Chi2 – P = 0.917						

Tabelul 6.16

Scorurile finale și inițiale pentru perioada 2014-2017 nu diferă statistic, ceea ce înseamnă că terapia nu a influențat capacitatea de concentrare a subiecților pe parcursul sesiunilor terapeutice.

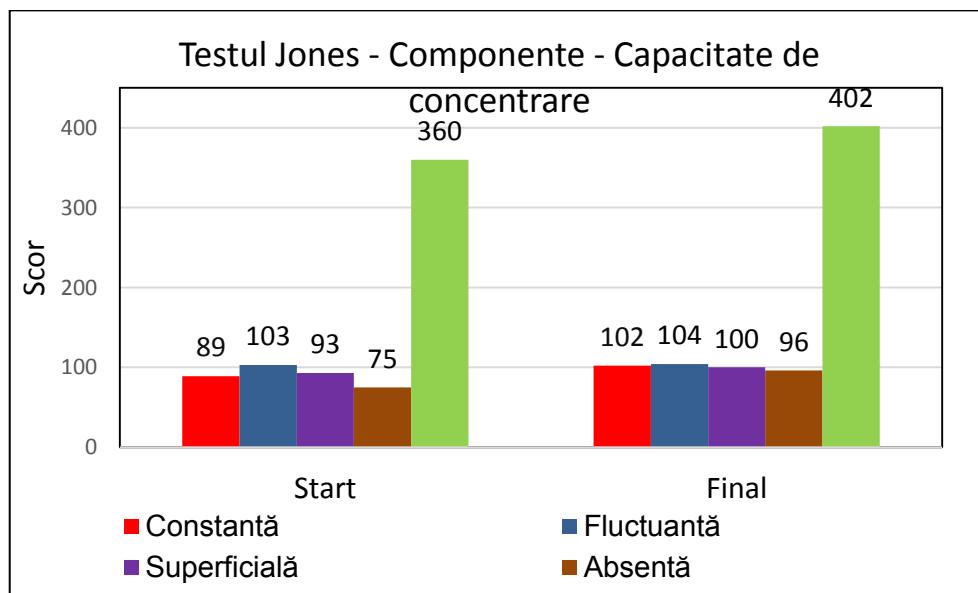


Fig. 6.10

Deși se constată o ușoară creștere a capacitatei de concentrare a copiilor pe tot parcursul procesului terapeutic, ea nu diferă semnificativ statistic între faza inițială și cea finală.

Evaluarea gradului de empatie și de abordare a rolului

Testul Jones - Empatia, interpretarea rolului							
An (număr participanți)	Empatia, interpretarea rolului – Scoruri						
	Evaluare	Interpretare totală	Doar interpretare verbală	Doar interpretare corporală	El însuși cu mici variații	El însuși	Empatia, interpretarea rolului
2014 (N=25)	Start	25	2	1	1	1	30
	Final	25	5	2	7	4	43
2015 (N=23)	Start	22	7	6	3	0	38
	Final	22	8	8	14	4	56
2016 (N=33)	Start	33	19	18	1	0	71
	Final	33	33	30	3	3	102
2017 (N=24)	Start	23	10	10	2	1	46
	Final	23	17	17	4	2	63
2014-2017 (N=130)	Start	103	38	35	7	2	185
	Final	103	63	57	28	13	264
Scor total Empatia, interpretarea rolului – Comparație start-final - Testul Chi2 – P = 0.001							

Tabelul 6.17

Scorurile inițiale și finale pentru perioada 2014-2017 diferă statistic semnificativ ceea ce relevă creșterea empatiei copiilor în abordarea și interpretarea rolurilor. Semnificația acestui fapt se traduce prin înțelegerea la un nivel mai profund a structurii și caracteristicilor personajelor.

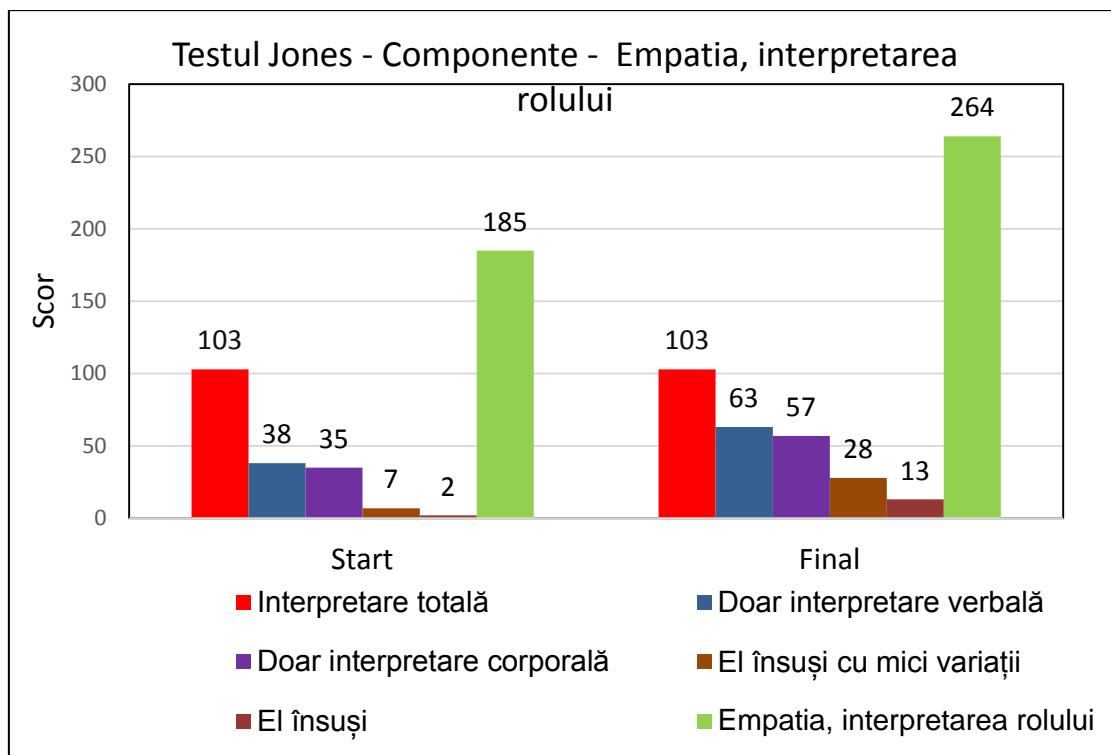


Fig. 6.11

Se observă creșterea gradului de empatie în interpretarea propriului rol prin încercarea unei abordări de interpretare totală complexă, nu doar verbală sau corporală.

Evalarea nivelului de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale

Testul Jones - Nivelul de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale

An (număr participanți)	Nivelul de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale – Scoruri					
	Evaluare	Rigid, ticuri repetitive	Obișnuit, cotidian	Fluid	Molatec	Nivelul de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale
2014 (N=25)	Start	22	19	14	2	57
	Final	23	22	15	5	65
2015 (N=23)	Start	21	17	17	0	55
	Final	23	21	20	2	66
2016 (N=33)	Start	27	30	24	1	82
	Final	33	33	27	6	99
2017 (N=24)	Start	24	22	17	5	68
	Final	24	23	18	5	70
2014-2017 (N=130)	Start	94	88	72	8	262
	Final	103	99	80	18	300
Scor total al Nivelului de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale –						
Comparație start-final - Testul Chi2 – P = 0.429						

Tabelul 6.18

Scorurile finale și inițiale pentru perioada 2014-2017 nu diferă statistic semnificativ.

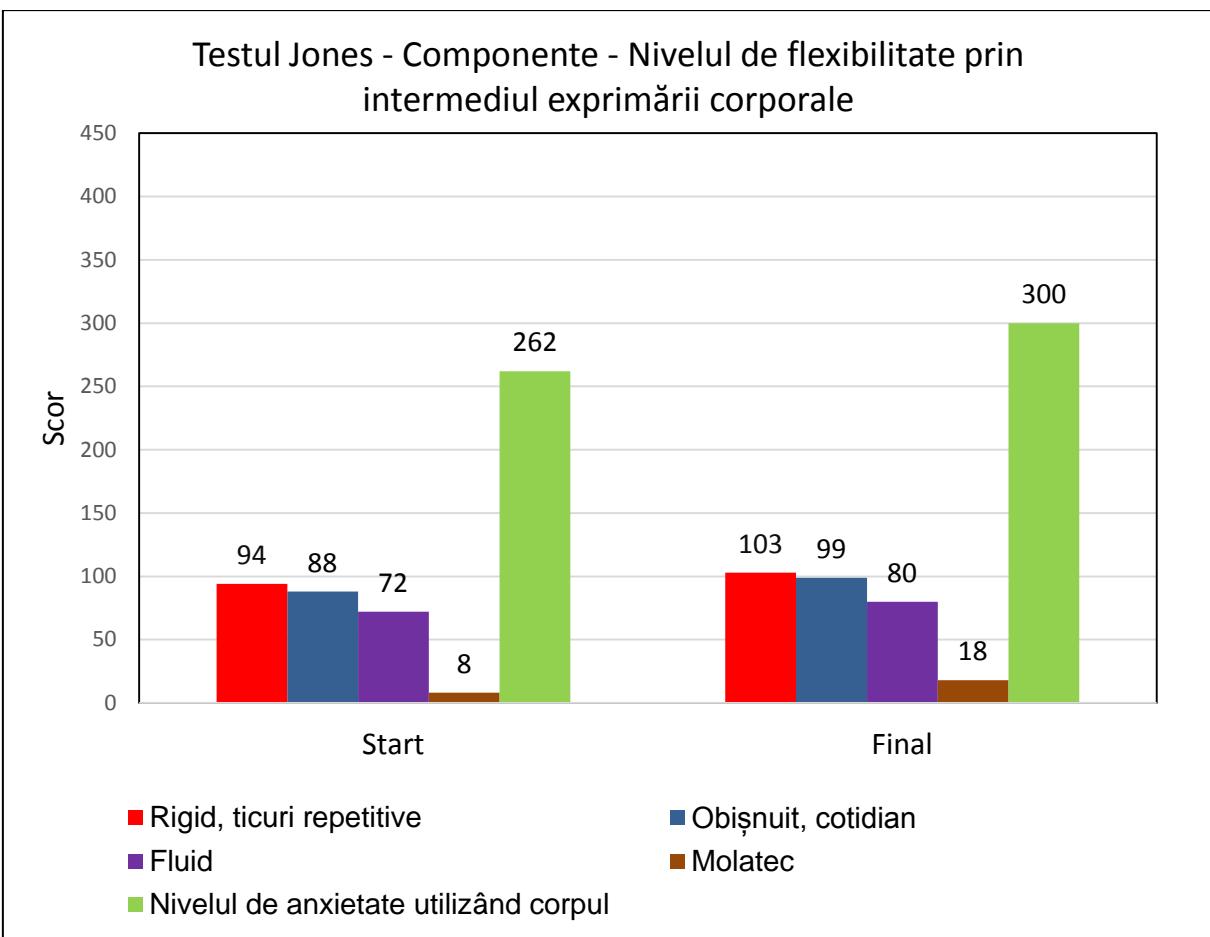


Fig. 6.12

Se constată că nivelul deflexibilitate prin intermediul exprimării corporale chiar dacă se îmbunătățește, nu diferă semnificativ dacă analizăm comparativ starea inițială cu cea finală. De remarcat este faptul că există un grad considerabil de rigiditate posturală în interpretarea rolului.

6.5.4 Studiu privind comportamentul și starea emoțională a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear în urma parcurgerii procesului dramaterapeutic

Scop

În studiu de față ne propunem să analizăm influența dramaterapiei asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.

Obiective

Obiectivul principal este să examinăm mai multe arii de manifestare în ceea ce privește interpretarea rolurilor la începutul și sfârșitul procesului terapeutic și să analizăm

eventualele modificări apărute în strategiile de comunicare ale copiilor purtători de implant cochlear.

Ipoteze

Ipoteza generală

Dramaterapia are o influență pozitivă asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.

Ipoteze specifice:

- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de relaționare a copiilor purtători de implant cochlear participanți la studiu.
- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a nivelului de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale a copiilor purtători de implant cochlear participanți la studiu.
- În urma procesului terapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de comunicare în ceea ce privește comportamentul optimist și participativ al copiilor purtători de implant cochlear participanți la studiu.

Lot în studiu

Evaluarea lotului de 29 de copii realizată de părinți prin intermediul chestionarului de comportament (CBCL - Child Behaviour Checklist)

Metodologie

Problemele emoționale și comportamentale ale copiilor de vîrstă școlară se pot evalua prin diferite moduri. Acestea includ informațiile provenite de la părinți, educatori și persoane de îngrijire din mediul copilului. Sistemul Achenbach al evaluării validate științific este deja un sistem de referință în literatura de specialitate în domeniul evaluării problemelor emoționale și comportamentale ale copiilor. Etaloanele scalelor pentru variantele în limba română au fost construite pe eșantioane reprezentative pentru populația generală cu vîrstă cuprinsă între 6 și 18.

De precizat că ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric conține o serie de chestionare cum ar fi CBCL(Child Behavior Checklist) și YSR (Youth Self-Report) destinate părinților și copiilor reprezentativi pentru populația generală (anexele 13 și 14).

Nu există la ora actuală chestionare adaptate specific pentru a evalua comportamentul copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear. Se poate presupune însă

că purtarea pe termen lung a implantului cochlear în cazul hipoacuziilor neurosenzoriale severe sau profunde și toți factorii externi care intervin (deprivarea auditivă până în momentul implantării, controale medicale periodice, reglarea frecvență a procesorului de sunet în primii doi ani de la implantare, defectarea componentelor electronice externe sau interne, costurile ridicate necesare menținării unui astfel de dispozitiv medical, frecvențarea cabinetelor de logopedie din centrele medicale de stat sau private în vederea reabilitării auditiv-verbale, etc), pot influența comportamentul unui astfel de copil.

Pentru cercetarea de față s-a considerat însă acest instrument de evaluare ca fiind relevant pentru lotul de studiu, având ca sistem de referință datele populației generale. Astfel din numărul total de copii aflați în studiu a fost selecționat un lot de 29 de copii cu vârste cuprinse între 6-18 ani, iar părinților lor le-a fost aplicat chestionarul CBCL a testului ASEBA. În studiu au fost analizate doar răspunsurile mamelor. Din acest lot au fost aleși 14 copii cu vîrstă mai mare de 12 ani cărora li s-a aplicat chestionarul de autoevaluare YSR a testului ASEBA.

Rezultate

CBCL (ChildBehaviourChecklist) – Toți (N=29)

Grupa (n=29)	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	4.3	3.6	0	4	18
Însigurare/Depresie	2.7	2.5	0	2	8
Acuze somatice	1.6	1.9	0	1	7
Probleme sociale	4.4	3.1	0	4	15
Probleme de gândire	2.6	3.2	0	2	16
Probleme de atenție	4.7	3.4	0	4	13
Comportament de încălcare a regulilor	2.5	2.5	0	2	11
Comportament agresiv	6.1	5.7	0	5	24
Alte probleme	3.9	3.0	0	3	12
Internalizare	8.6	6.9	0	8	30
Externalizare	8.6	7.8	0	8	35
Alte probleme total	15.6	11.0	0	14	56
Total	32.7	24.0	1	31	121
T Internalizare	47.9	12.9	10	51	75

T Externalizare	50.5	12.7	31	52	90
T Total	52.4	11.5	28	53	89

Tabelul 6.19

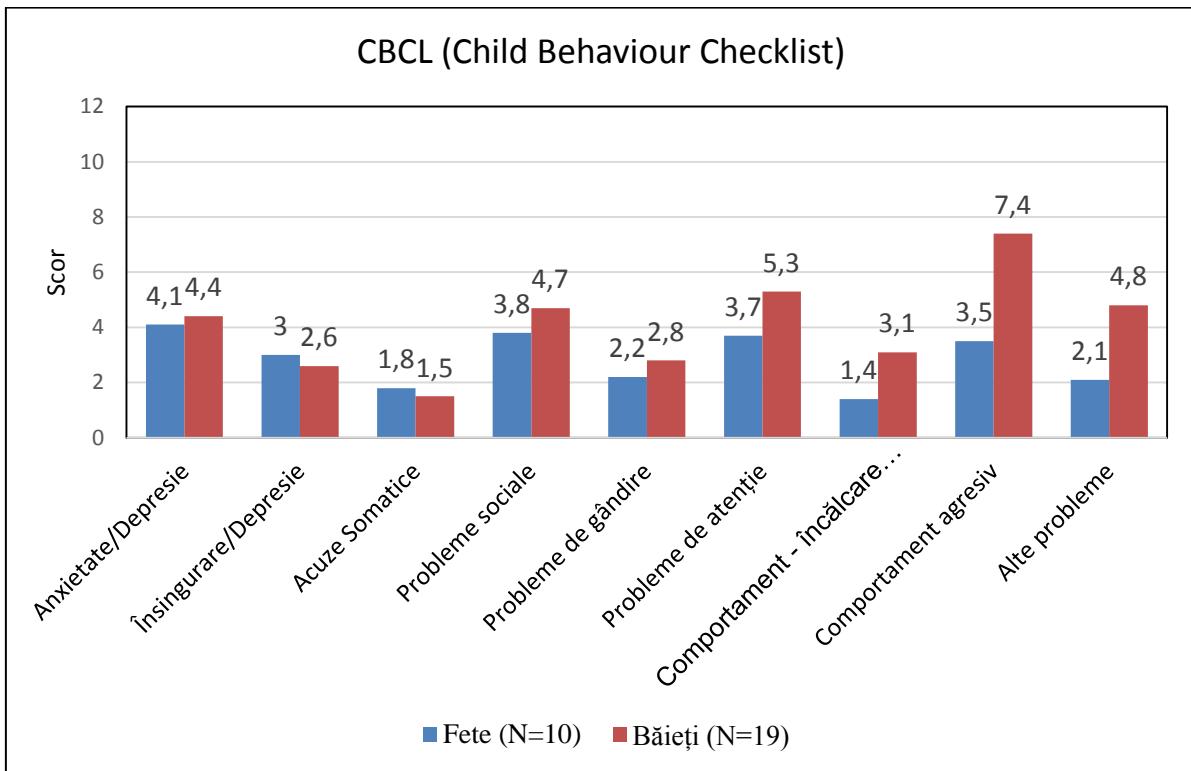


Fig. 6.13

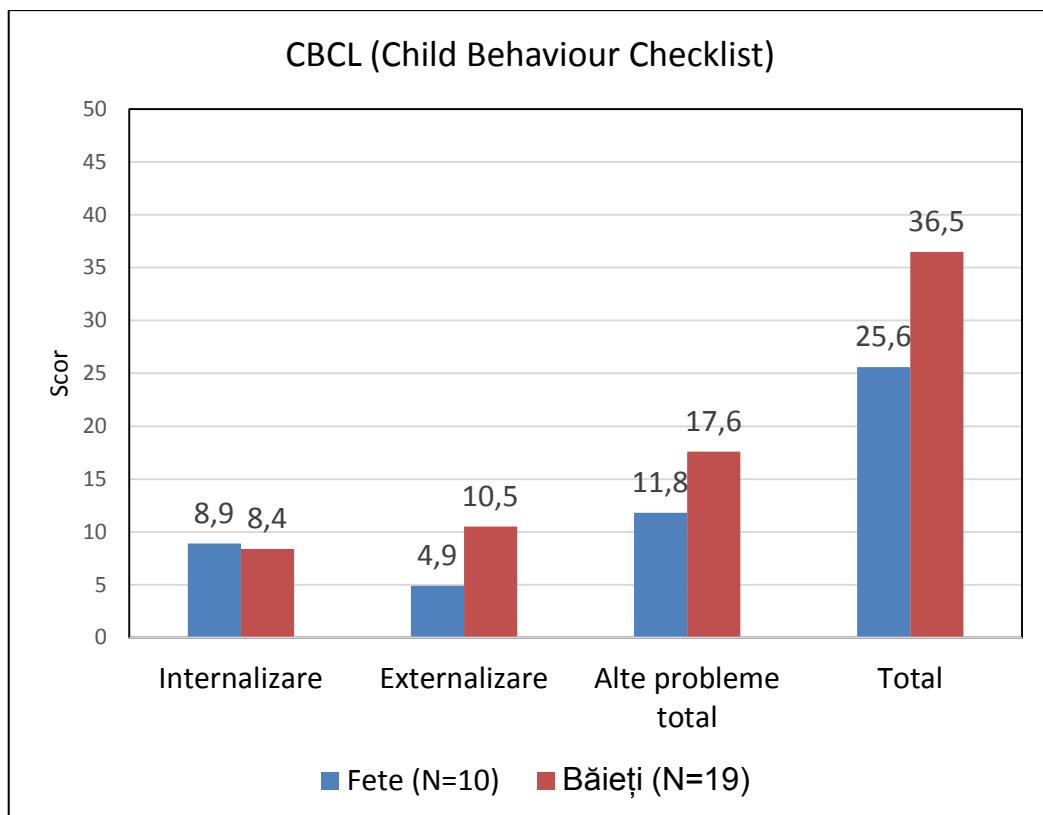


Fig. 6.14

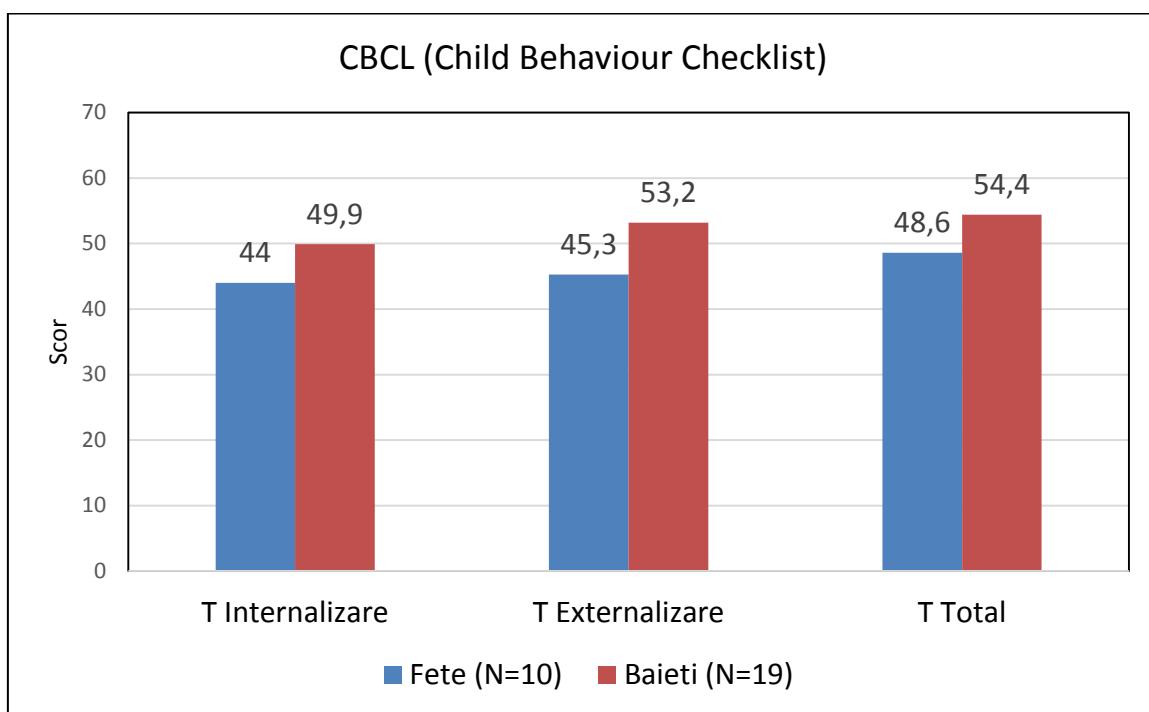


Fig. 6.15

Scorurile T sunt scoruri standard care compară scorul unui copil la o scală cu scorul eșantionului național. Scorurile $T < 60$ se află în intervalul normal, iar scorurile $T > 63$ se află în intervalul clinic. Intervalul de limită este cuprins între scorurile T de 60 și 63 (percentilele 84-90)(Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2009). *Manualul ASEBA pentru vârstă școlară, cestionare și profile*. Cluj Napoca, Ed. RTS, p.73).

Se observă menținerea T Total atât pentru fete cât și pentru băieți în intervalul normal. Același lucru se constată atât pentru T Internalizare cât și pentru T Externalizare. Aceasta se poate traduce prin obținerea unui scor dezirabil atât pentru procesele internalizate (anxietate, depresie, însigurare, acuze somatice) cât și pentru cele externalizate (comportament de încălcare a regulilor, comportament agresiv), copiii neprezentând dificultăți în niciuna din aceste arii.

De menționat că deși scorul băieților este mai crescut în ceea ce privește comportamentul agresiv, rezultatul global se menține în limite normale.

CBCL – între fete și băieți și în funcție de cele două grupe de vîrstă: 6-11 ani și > 12 ani

CBCL (ChildBehaviourChecklist) – Fete 6-11 ani (N=6)

Fete 6-11 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	3.0	2.1	1	2.5	6
Însingurare/Depresie	1.5	1.8	0	1	4
Acuze somatice	1.7	2.3	0	0.5	5
Problemesociale	3.0	2.4	0	3	7
Probleme de gândire	2.3	2.3	0	2	6
Probleme de atenție	2.5	1.6	0	3	4
Comportament de încalcare a regulilor	1.3	1.4	0	1	3
Comportamentagresiv	3.3	2.9	0	3.5	7
Alteprobleme	2.3	1.4	0	2.5	4
Internalizare	6.2	5.1	1	5.5	13
Externalizare	4.7	3.3	0	6	8
Alteprobleme total	10.2	7.0	0	11	21
Total	21.0	14.0	1	21	40
T Internalizare	37.2	15.4	10	38.5	54
T Externalizare	45.0	9.5	31	49.5	53
T Total	46.0	10.3	28	48	57

Tabelul 6.21

CBCL (ChildBehaviourChecklist) – Băieți 6-11 ani (N=11)

Băieți 6-11 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	5.5	5.0	0	4	18
Însingurare/Depresie	2.4	2.4	0	2	8
Acuze somatice	2.0	2.3	0	1	7
Problemesociale	6.0	3.7	2	5	15
Probleme de gândire	3.9	4.4	0	3	16
Probleme de atenție	6.6	3.7	0	6	13
Comportament de încălcare a	3.5	3.1	0	3	11

regulilor					
Comportamentagresiv	9.5	6.7	2	7	24
Alteprobleme	6.2	3.6	2	5	12
Internalizare	9.8	9.1	0	7	30
Externalizare	13.0	9.2	2	11	35
Alteprobleme total	22.7	13.6	8	21	56
Total	45.5	31.0	11	36	121
T Internalizare	51.1	13.1	29	52	75
T Externalizare	57.7	12.9	40	55	90
T Total	58.1	12.9	41	55	89

Tabelul 6.22

CBCL (ChildBehaviourChecklist) – Fete > 12 ani (N=4)

Fete >12 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	5.8	2.8	3	5.5	9
Însingurare/Depresie	5.3	1.7	3	5.5	7
Acuze somatice	2.0	1.8	0	2	4
Problemesociale	5.0	0.8	4	5	6
Probleme de gândire	2.0	2.2	0	1.5	5
Probleme de atenție	5.5	3.1	2	5.5	9
Comportament de încălcare a regulilor	1.5	1.3	0	1.5	3
Comportamentagresiv	3.8	2.6	0	4.5	6
Alteprobleme	1.8	0.5	1	2	2
Internalizare	13.0	4.7	10	11	20
Externalizare	5.3	3.0	1	6	8
Alteprobleme total	14.3	2.8	11	14.5	17
Total	32.5	8.6	25	30.5	44
T Internalizare	54.3	5.2	51	52	62
T Externalizare	45.8	7.4	35	48	52
T Total	52.5	3.7	49	52	57

Tabelul 6.23

CBCL (ChildBehaviourChecklist) – Băieți > 12 ani (N=8)

Băieți>12ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	2.9	1.5	1	3	5
Însingurare/Depresie	2.9	2.9	0	2.5	8
Acuze somatice	0.8	1.0	0	0.5	3
Problemesociale	2.9	2.4	0	2.5	8
Probleme de gândire	1.4	1.3	0	1	4
Probleme de atenție	3.4	3.0	0	4	7
Comportament de încălcare a regulilor	2.5	2.6	0	2.5	7
Comportamentagresiv	4.5	5.0	0	3	12
Alteprobleme	2.9	1.6	1	3	6
Internalizare	6.5	4.6	1	6	12
Externalizare	7.0	7.5	0	5	18
Alteprobleme total	10.5	6.7	1	11.5	17
Total	24.0	17.4	2	25.5	47
T Internalizare	48.4	10.0	31	50	58
T Externalizare	47.0	13.8	32	46	64
T Total	49.4	10.5	34	52	62

Tabelul 6.24

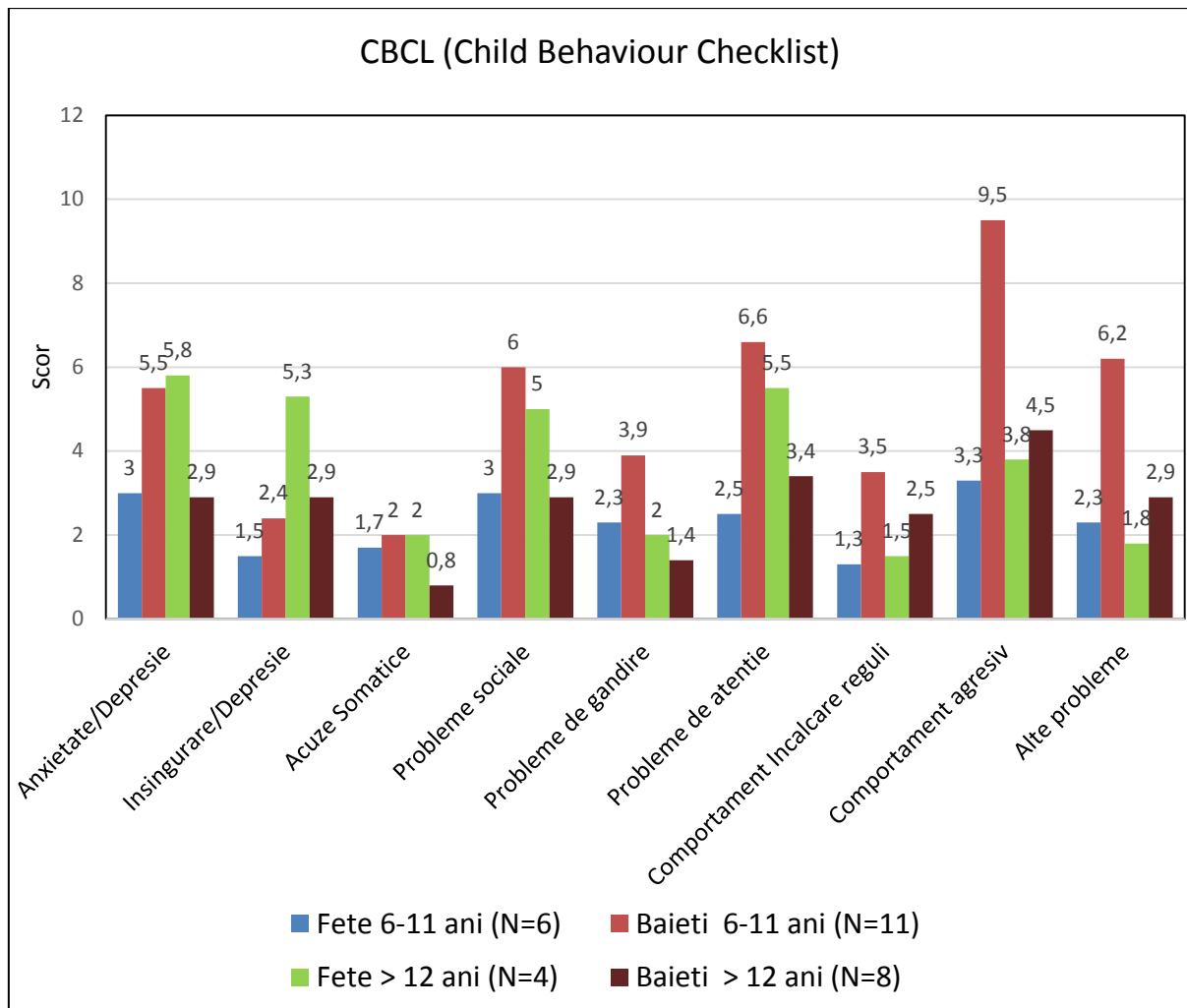


Fig. 6.16

S-a efectuat analiza pe grupe de vîrstă (<12 ani, >12 ani) și pe sexe (fete și băieți) și s-a constatat un rezultat relativ omogen cu mențiunea că deși nivelul comportamentului agresiv al băieților cu vîrste cuprinse între 6-11 ani este mai ridicat în comparație cu al celorlalți, rezultatul global se menține în limite normale.

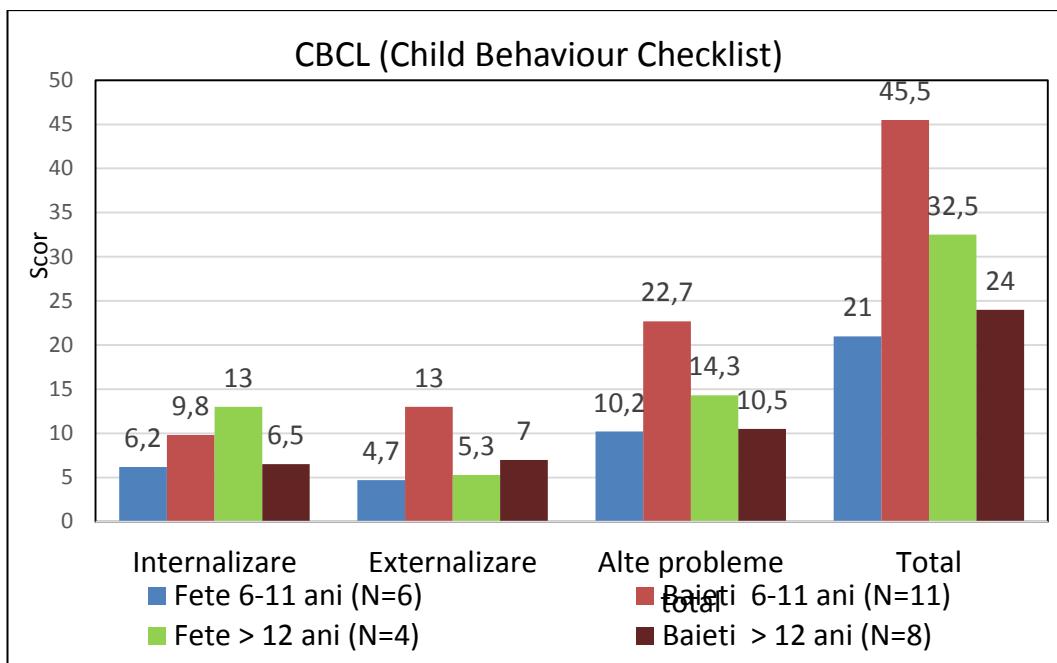


Fig. 6.17

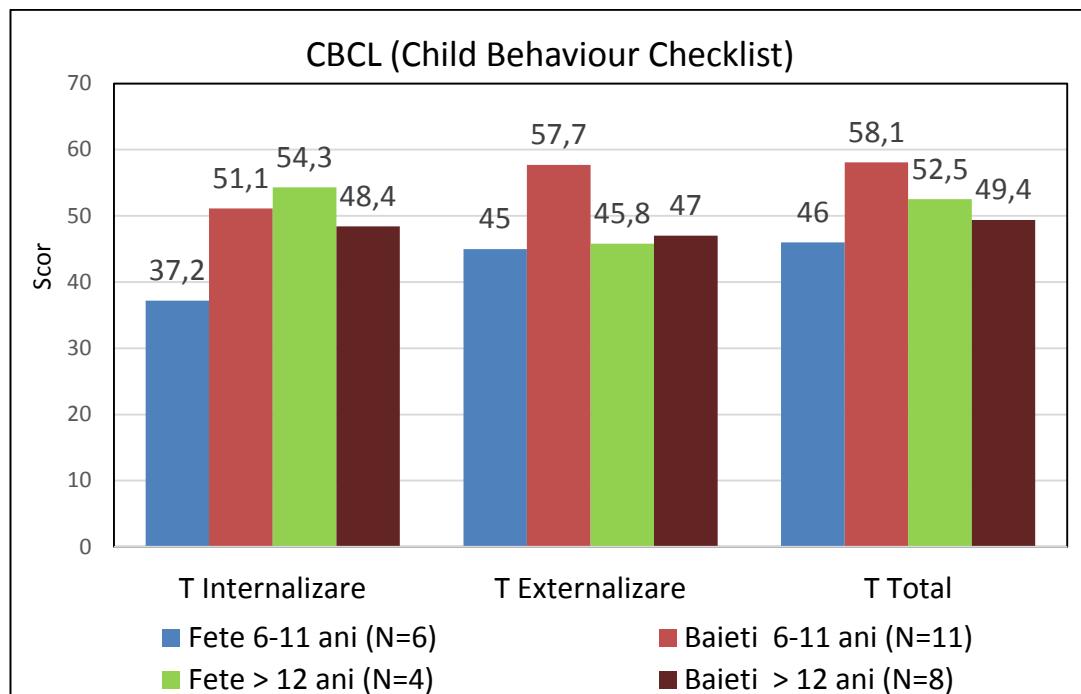


Fig. 6.18

Analizând T internalizare și T externalizare pentru toate cele patru grupe de copii se constată rezultate subclinice care sugerează normalitatea la nivel global al grupului aflat în studiu.

Pentru copiii cu vârstă mai mare de 12 ani s-a aplicat chestionarul de autoevaluare YSR. De menționat că din cauza numărului redus de fete, rezultatul a fost analizat global, neputându-se efectua repartitia pe sexe.

Vârsta în ani împliniți la data efectuării testului YSR (Youth Self-Report)

	N	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Fete	3	19	3.6	16	18	23
Băieți	9	13.7	2.4	9	13	18
Total	12	15	3.5	9	14.5	23
Testul T-Student - nu se poate aplica deoarece datele sunt insuficiente în cazul						

Tabelul 6.25

YSR (Youth Self-Report) - Fete > 12 ani (N=3)

Fete > 12 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	7.0	1.7	5	8	8
Însingurare/Depresie	6.7	1.2	6	6	8
Acuze somatice	2.0	3.5	0	0	6
Problemesociale	5.3	2.1	3	6	7
Probleme de gândire	4.7	3.5	1	5	8
Probleme de atenție	4.0	2.6	2	3	7
Comportament de încălcare a regulilor	4.0	2.0	2	4	6
Comportamentagresiv	4.7	0.6	4	5	5
Alteprobleme	3.0	1.0	2	3	4
Internalizare	16.3	3.5	13	16	20
Externalizare	8.7	2.5	6	9	11
Alteprobleme total	17.0	6.1	13	14	24
Total	41.3	11.8	34	35	55
T Internalizare	53.7	3.8	51	52	58
T Externalizare	44.7	4.2	40	46	48
T Total	44.0	6.9	40	40	52

Tabelul 6.26

YSR (Youth Self-Report) – Băieți > 12 ani (N=7)

Băieți > 12 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	7.3	4.9	2	7	16
Însingurare/Depresie	5.0	1.9	3	5	9
Acuze somatice	4.7	3.1	0	5	9
Problemesociale	6.9	3.9	1	7	12
Probleme de gândire	6.2	3.3	3	5	13
Probleme de atenție	6.8	2.9	2	7	12
Comportament de încălcare a regulilor	5.7	2.7	2	5	11
Comportamentagresiv	6.8	5.8	1	5	17
Alteprobleme	4.7	2.4	1	4	9
Internalizare	17.0	8.2	7	18	30
Externalizare	12.4	8.3	5	10	28
Alteprobleme total	24.6	10.5	10	24	46
Total	55.1	27.0	28	49	106
T Internalizare	57.6	7.4	48	59	68
T Externalizare	48.4	9.6	37	47	65
T Total	51.3	10.0	40	50	69

Tabelul 6.27

YSR (Youth Self-Report) – Toți (N=10)

Total	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Anxietate/Depresie	7.3	4.3	2	7.5	16
Însingurare/Depresie	5.4	1.8	3	5.5	9
Acuze somatice	4.0	3.2	0	4	9
Problemesociale	6.5	3.5	1	6.5	12
Probleme de gândire	5.8	3.3	1	5	13
Probleme de atenție	6.1	3.0	2	6.5	12
Comportament de încălcare a	5.3	2.6	2	5	11

regulilor					
Comportament agresiv	6.3	5.1	1	5	17
Alte probleme	4.3	2.2	1	4	9
Internalizare	16.8	7.2	7	17	30
Externalizare	11.5	7.3	5	10	28
Alte probleme total	22.7	9.9	10	24	46
Total	51.7	24.4	28	49	106
T Internalizare	56.6	6.7	48	57	68
T Externalizare	47.5	8.5	37	47	65
T Total	49.5	9.6	40	50	69

Tabelul 6.28

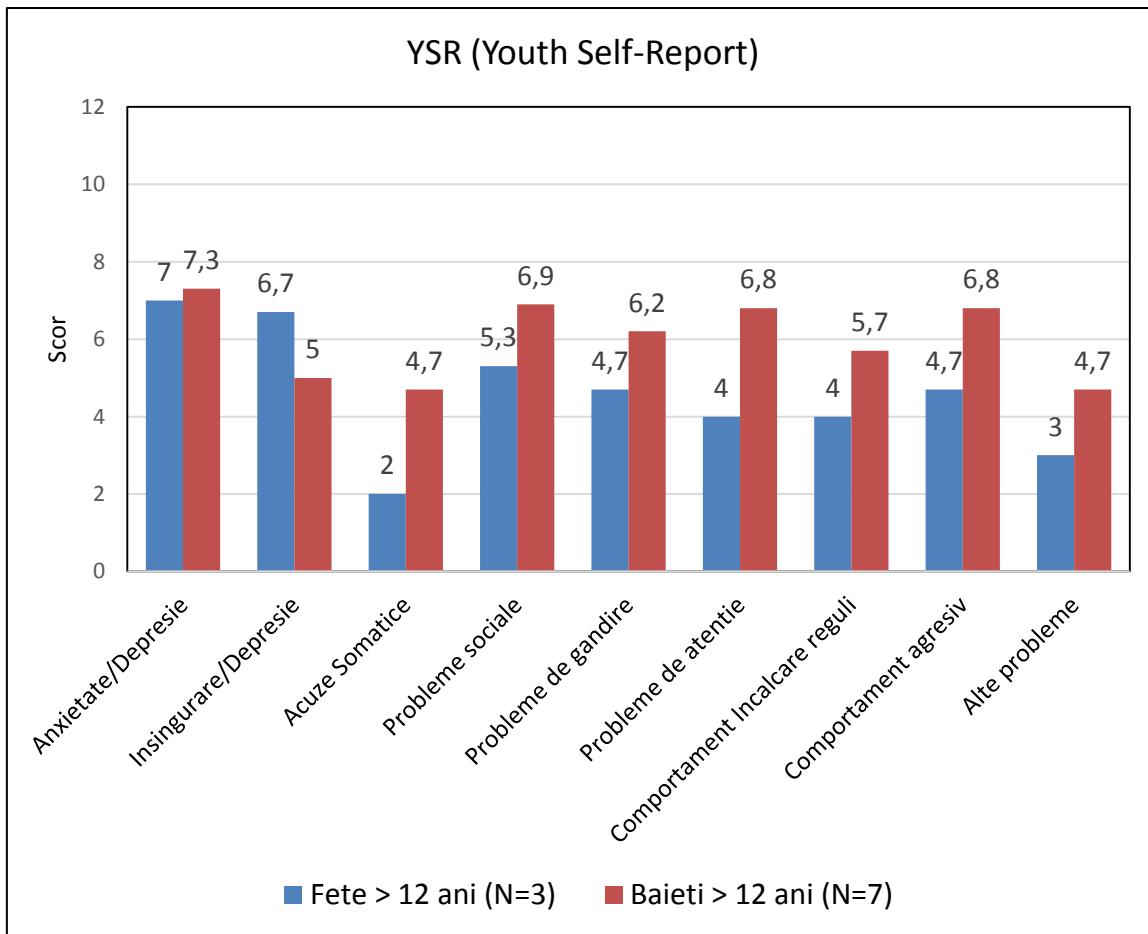


Fig. 6.19

Analiza datelor evidențiază faptul că rezultatele obținute la toate subscalele indică o valoare subclinică atât la băieți cât și la fete. Așadar rezultatul global per grup sugerează normalitatea lotului studiat în ceea ce privește manifestările emoționale și comportamentale.

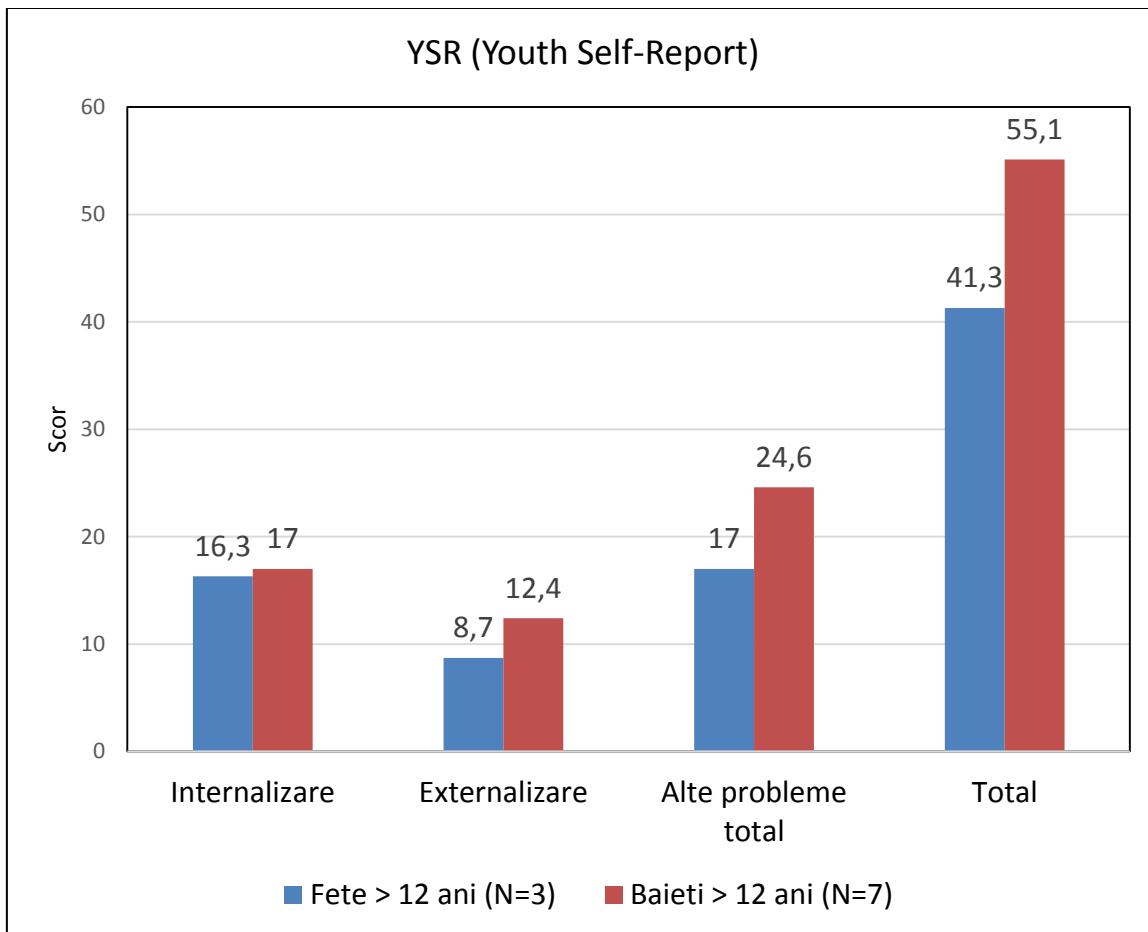


Fig. 6.20

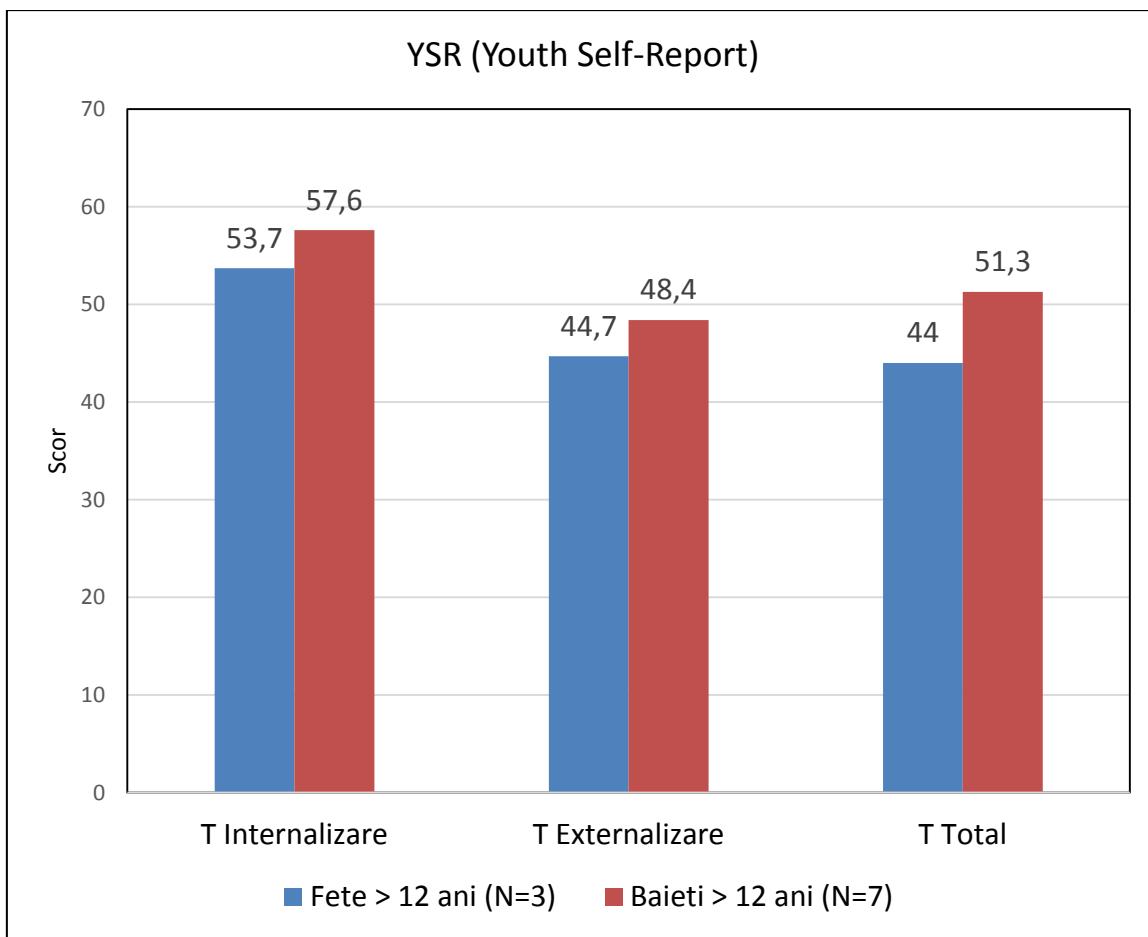


Fig. 6.21

Analiza rezultatelor obținute la T internalizare, T externalizare < 60 respectiv T total < 63 scoruri aflate la valori subclinice.

Scorul T total se obține prin însumarea valorilor tuturor itemilor.

YSR (Youth Self-Report) derivat

YSR (Youth Self-Report) derivat - Fete > 12 ani (N=3)

Fete >12 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Probleme afective	6.0	1.0	5	6	7
Probleme de anxietate	4.7	1.2	4	4	6
Acuze somatice	1.0	1.7	0	0	3
ADHD	2.3	1.5	1	2	4
Probleme comportamentale	1.0	1.0	0	1	2
Probleme de conduită	2.3	1.5	1	2	4
YSR (Youth Self-Report) derivat–Băieți> 12 ani (N=7)					
Băieți >12 ani	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Probleme afective	6.4	4.2	1	6	13
Probleme de anxietate	3.8	3.0	1	3	10
Acuze somatice	2.4	1.9	0	2	5
ADHD	3.6	2.7	0	3	8
Probleme comportamentale	2.4	2.8	0	1	8
Probleme de conduită	4.3	3.6	1	3	12
YSR (Youth Self-Report) derivat–Total (N=10)					
Total	Media	Abaterea standard	Minim	Mediana	Maxim
Probleme afective	6.3	3.6	1	6	13
Probleme de anxietate	4.0	2.7	1	3.5	10
Acuze somatice	2.1	1.9	0	2	5
ADHD	3.3	2.4	0	3	8
Probleme comportamentale	2.1	2.5	0	1	8
Probleme de conduită	3.8	3.2	1	2.5	12

Tabelul 6.29

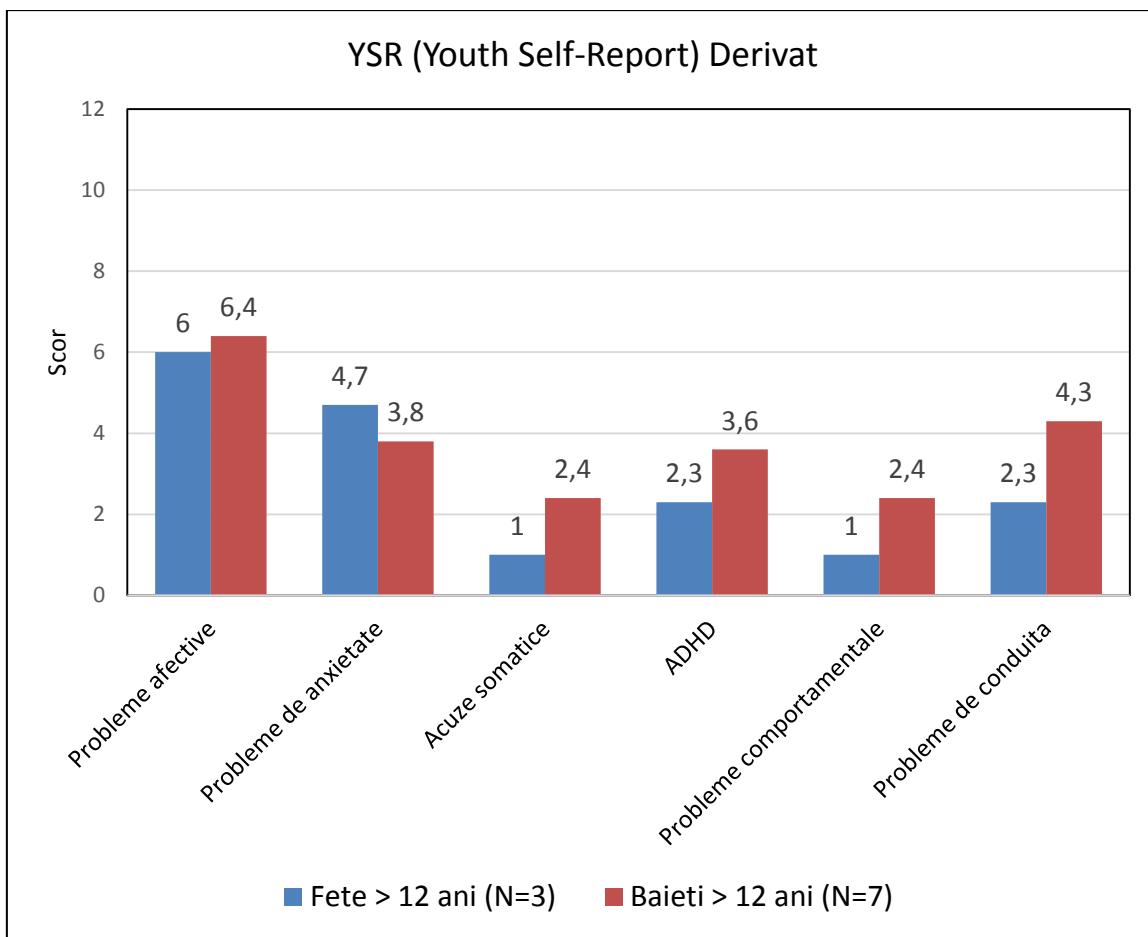


Fig. 6.22

Deși se obțin scoruri ridicate atât la băieți cât și la fete în ceea ce privește problemele afective, ele au valoare subclinică.

6.6 Discuții

Aria discuțiilor va cuprinde mai multe perspective legate de particularitățile grupului țintă al copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.

6.6.1 Discuții privind particularitățile grupului țintă

Complexitatea viziunii holistice a impus analiza a numeroși factori legați de particularitățile acestor copii, de aspectele medicale, audioligice, psihologice și logopedice, de vârstă biologică și de cea auditivă, de nivelul comunicațional, familial și de mediu.

Fiind un grup minoritar, s-a încercat urmărirea caracteristicilor comune, definitoare pentru acest grup.

Copiii li s-a oferit ocazia de a-și „spune” sau de a-și „arăta” povestea într-un cadru securizant. Niciunde nu li s-a mai oferit această ocazie. În viața de zi cu zi astfel de contexte în care să-și poată împărtăși senitimentele și valorile personale sunt foarte rare. Acest lucru a reprezentat o provocare pentru ei, care a trebuit condusă cu măiestrie pentru ca majoritatea să-i poată face față. Condiția a fost ca terapeutul (sau echipa de terapeuti) să cunoască specificul și particularitățile copiilor cu implant cochlear și dificultățile cu care ei se confruntă, în funcție de vârstă biologică, de cea auditivă, de nivelul auditiv și de limbaj.

Este de remarcat tendința inițială a unora dintre copii de a alege roluri în care se punea accent pe interpretarea corporală, evitându-se astfel interpretarea verbală și invers. Deși preferința lor către rolurile care presupuneau mișcarea corporală a fost mai pregnantă, s-a constatat o rigiditate în interpretarea lor, existând o anumită rigiditate și neconcordanță cu fondul muzical. La final însă, copiii și-au dorit, în marea majoritate, o abordare plenară a rolului, care să implice atât interpretarea corporală cât și verbală, apropiindu-se cât mai mult de firescul interpretării. Acest aspect le-a oferit posibilitatea de a empatiza cu personajele interpretate și de încerca să devină cât mai autentici în interpretare.

Muți copii din grupul țintă au participat în repetate rânduri la grupurile de terapie ceea ce a reprezentat o continuitate pentru ei și o acomodare cu tehnicile terapeutice.

S-a observat faptul că multora dintre ei le lipsește semnalul pentru angajarea în conversație. Inițierea dialogurilor a fost dificilă uneori, preferând să o evite. De asemenea s-a constatat o dependență excesivă față de adulții de referință, grupul preferând abordarea directivă din partea terapeutului în schimbul celei nondirective. Au existat dificultăți în încercarea de a stimula laturile creative, inventive și originale, copiii fiind obișnuiți ca de cele mai multe ori să li se spună exact ceea ce au de făcut, ei fiind simplii executori de

sarcini. Tocmai din aceste considerente, terapiile bazate pe creativitate le sunt atât de necesare acestor copii.

6.6.2 Discuții privind cadrul și metodologia intervenției

Terapia prin joc creează în jurul copilului un fel de spațiu privilegiat, unde acesta își poate exprima gândurile, sentimentele și problemele prin limbajul simbolic al jocului, mai degrabă decât prin cuvinte. Copiii au folosit jucării, anumite obiecte și povești pentru a încerca să înțeleagă lumea din jurul lor, lumea lor interioară, cât și relațiile dintre cele două lumi. Terapeutul este antrenat să vorbească și să înțeleagă această „limbă specială”.

De fiecare dată s-a încercat crearea unui cadru specific matricii unui atașament sigur, referindu-ne la teoria atasamentului lansată de Bowlby. Predictibilitatea, crearea spațiului securizant, ritualul, încrederea în sine și în celalalt, aşteptarea rândului, armonizarea, au reprezentat astfel principalele repere în organizarea tuturor activităților terapeutice.

Activitățile au presupus jocuri de mimă, de stimulare a imaginației, creare de povești individuale și de grup, sau legate de obiecte la alegere. Activitățile au fost atât verbale cât și non-verbale. Cu toate că activitățile au încurajat exprimarea verbală, nu a existat nicio presiune asupra copiilor în acest sens. Au fost cazuri în care copiii au refuzat să se exprime verbal și li s-a respectat dorința.

A-și spune povestea în fața publicului a reprezentat o modalitate de comunicare mijlocită prin artă. S-a ales o modalitate de a se arăta pe sine, prin actul creativ, fără a folosi prea multe cuvinte, care l-ar fi putut pune în dificultate pe copil. De aceea temele pieselor dramaterapeutice au fost inspirate din întâmplările de viață ale copiilor cu implant cohlear și ale familiilor lor. Comunicarea s-a realizat nu doar unilateral deoarece reacțiile generate de actul artistic au venit și din partea partenerilor din piesă pe de o parte, dar și din partea publicului pe de alta. A fost o comunicare la nivel mutual, mult mai profundă care a lansat noi pârghii de înțelegere și abordare.

S-a pus accent la începutul și sfârșitul fiecărei activități, pe respectarea etapelor fiecărei sesiuni și pe funcționarea grupului ca întreg. Fiecare sesiune a respectat cele trei etape: început, activități propriu-zise și încheiere într-un mod specific.

A fost interesant de observat că o parte dintre copii a întâmpinat probleme la finalul sesiunilor, având dificultatea de a încheia o anumită activitate. Mai tot timpul copiii au fost încurați să-și folosească imaginația și creativitatea proprie. Oportunitățile au apărut în jocurile de rol, mimă, improvizare, exprimarea propriilor idei și în munca în echipă. În

ceea ce privește comunicarea prin intermediul limbajului, au existat oportunități oferite copiilor pentru stimularea limbajului descriptiv, povestire, negociere, exprimarea sentimentelor și a emoțiilor, utilizarea conceptelor abstractive și utilizarea memoriei vizuale și auditive. Au fost furnizate diverse elemente de recuzită: culori, plastelină, materiale colorate și texturate, hârtie, carton, mingii, materiale elastice, cercuri de plastic, făină, baloane de săpun, baloane colorate, spumă de ras, eșarfe colorate, miniaturi, marionete, măști, etc. În acest fel, copiii au avut ocazia să fie creativi fără a fi constrânși să utilizeze recuzita doar într-un anumit fel. Muzica a jucat un rol foarte important, sporind atmosfera unei activități sau a unei scene specifice. Ea a fost selectată cu multă atenție nu doar în scopul terapeutic care presupune antrenamentul auditiv, ci și pentru a armoniza grupurile de copii, a ușura mișcarea corporală și a induce o stare specială atât protagonistilor cât și publicului spectator. În cazul în care un copil nu a vrut să se alăture grupului pentru o anumită activitate, decizia i-a fost respectată cu condiția ca acel copil să nu perturbe restul grupului. În general, membrii grupurilor de copii au avut capacitatea îndeplinirii sarcinilor, astfel încât de puține ori a fost nevoie de intervenția terapeutului în perioade de dezacord sau de neatenție. În timpul actului terapeutic a trebuit să se țină cont de nevoile tuturor copiilor din grupurile mixte, nu doar de a celor aflați în grupul țintă.

Entuziasmul copiilor s-a simțit de fiecare dată, cele mai triste momente fiind cele de „la revedere!”.

6.6.3 Discuții privind rolul cercetătorului și etica intervenției

Ne vom referi în cele ce urmează la cercetarea calitativă care constituie o parte esențială a acestui studiu. Principalul instrument de cercetare este cercetătorul însuși (Merriam, 2009; Lincoln și Guba, 2013). „„Omul ca instrument” este singurul instrument de colectare a informațiilor care are o multitudine de dimensiuni ce îi permit să perceapă întreaga gamă de componente și acțiuni umane, sociale și culturale” (Maykut și Morehouse, 2003, apud Dorit Dror Hadar (2015) „*Autobiobiografia*”: *Un program educațional pentru sporirea autoeficienței și autoexprimării studentelor de etnie arabă* – Teză de doctorat, Cluj Napoca 2015). Cercetătorul este parte inseparabilă a investigației. Cu toate acestea, deși cercetarea calitativă promovează libertatea creației în procesul de analiză, trebuie să i se recunoască limitele.

Rolul meu în acest studiu a fost complex deoarece am participat și am fost implicată în întregul proces terapeutic. Implicarea a fost legată de crearea programului terapeutic, de

instruirea voluntarilor, de coordonarea întâlnirilor cu părinții, de interpretarea chestionarelor, de realizarea scenariilor pieselor dramaterapeutice.

Miles, Huberman și Saldana (2014), în cartea lor despre metodele calitative susțin că aceste metodologii supun cercetătorul la câteva neajunsuri. Ei avertizează cercetătorii cu privire la următoarele obstacole: subiectivitatea excesivă în observații, limbajul descriptiv lipsit de precizie și claritate, descrierea neclară a metodologilor de cercetare și a metodelor de proiectare, observațiile care deviază de la situația studiată, intrarea neetică în viața personală a participanților.

Există o mare probabilitate ca în acest studiu să fi existat influențe ca cele enumerate mai sus, datorită implicării extinse. Se poate ajunge la analiza doar a aspectelor ieșite din comun, care prin natura lor prezintă un interes deosebit, riscând omiterea celorlalte care pot fi la fel de importante.

Fontana și Frey (2005) afirmă că, „cercetătorul în forma metodologică orientată către participanți, trebuie să se poată separa de fenomenul studiat pentru a utiliza o viziune reflectivă și de examinare, în același timp trebuind să folosească abilitatea empatică”.

A fost nevoie de o gândire creativă, de flexibilitate în proiectarea cercetării, de planificare și de competențe de execuție pentru studiile calitative și cantitative ce au echilibrat neajunsurile ambelor metode. Provocarea cea mai mare a fost legată de găsirea căii de mijloc între implicare și empatie, pe de o parte și distanță și control analitic pe de alta (Woods, 2005).

S-au aplicat toate regulile adecvate de etică în timpul acestei cercetări. În timpul sesiunilor terapeutice s-au evitat activitățile care ar fi putut aduce prejudicii fizice și morale participanților. S-au stabilit de la început anumite reguli de conduită menite să apere integritatea fizică și emoțională a copiilor. Părinții participanților la studiu au acceptat participarea copiilor după ce li s-au explicat obiectivele și metodologia. Având în vedere că toți participanții au avut o vîrstă mai mică de 18 ani, a fost nevoie de consimțământul părinților (anexa 4). Participanții la studiu au fost tratați cu respect, atenție și sensibilitate. Difuzarea filmelor și prezentarea fotografiilor în cadrul sesiunilor științifice și a articolelor publicate, au fost făcute cu acordul părinților.

Recunoașterea la scenă deschisă a rezultatelor parțiale ale proiectului de cercetare în rîndul dramaterapeuților din Europa a avut loc în luna mai 2016 la București, pe scena Conferinței Europene de Dramaterapie. Cu această ocazie un grup de copii hipoacuzici purtători de implant cochlear, alături de prietenii lor cu auz normal au susținut reprezentarea

dramaterapeutică intitulată „Zarul vieții” în fața publicului spectator. Aplauzele și feedback-ul sălii cu peste 200 de participanți au confirmat valoarea actului terapeutic. Același spectacol a avut loc în luna octombrie 2016 la Băile Felix în cadrul Conferinței Naționale O.R.L unde peste 100 de specialiști din domeniul chirurgiei O.R.L, audiolgiei, logopediei și psihologiei au urmărit evoluția copiilor pe scenă și au fost familiarizați pentru prima dată cu perspectiva dramaterapiei. A avut loc un act unic de interdisciplinaritate care a demonstrat valoarea implicării întregii echipe de specialiști în procesul reabilitării copilului hipoacuzic purtător de implant cohlear.

6.6.4 Discuții privind rezultatele cercetării

Planul inițial al cercetării interactive a suferit modificări. Rolul creativității și adaptabilității a fost unul major și este posibil ca tocmai aceasta să fi fost cheia unicății acestui proiect de cercetare.

Cum am menționat anterior, în studiul de față, m-am poziționat în mijlocul evenimentelor și al experimentelor, îndeplinind atât rolul de observator, analist, investigator, coordonator dar și de participant activ la întregul proces. Este de luat în discuție imaginea mea percepță de către copii. Pe de-o parte am fost văzută ca un coechipier, iar pe de alta ca un lider cu putere de decizie și evaluator. Se poate admite faptul că implicarea mea emoțională poate altera calitatea interpretării datelor. Pentru a estompa acest lucru s-a făcut apel la analiza obiectivă venită din partea voluntarilor profesioniști în cadrul sesiunilor de intervizare realizate în urma fiecărei etape de derulare a întregului proces. În concluzie, formarea grupurilor terapeutice a fost o experiență extrem de importantă pentru toate părțile implicate.

Copiii purtători de implant cohlear au fost capabili să-și exerseze abilitățile lingvistice funcționale și abilitățile creative într-o manieră securizantă, lipsită de constrângeri, alături de alți copii de aceeași vîrstă. Ei au fost, de asemenea, capabili să-și exprime sentimentele și temerile atât verbal cât și non verbal într-un mediu care le-a conferit încredere. Rezultatul a fost creșterea stimei de sine și a încrederii copiilor în actul comunicării pe toate palierele. Abordarea complementară a avut rolul de a armoniza în mod natural experiențele lingvistice prin intermediul activităților de grup.

Un avantaj suplimentar a fost legat de faptul că li s-a oferit oportunitatea părinților să inițieze discuții informale cu privire la copiii lor și la schimbările petrecute pe parcursul procesului terapeutic. Părinții au avut astfel ocazii ample de a-și privi copiii ca valoare,

prin prisma abilităților și nu a dizabilităților. Considerăm acest aspect deosebit de valoros, mai ales în cazul părinților care se confruntă deseori cu sentimente de izolare având un copil hipoacuzic integrat în învățământul de masă. Majoritatea părinților și-a exprimat dorința de a alcătui grupurile de terapie pentru copiii lor în mod constant.

S-a observat că exact acei copii și adolescenți purtători de implant cochlear, depistați precoce și implantați până la vîrstă critică, care sunt competitivi, cu un nivel ridicat de vorbire, de exprimare verbală și de comunicare, au obținut scoruri mari la chestionarele YSR, peste nivelul clinic, în ceea ce privește depresia, anxietatea și problemele sociale. Ei reprezintă un procent de aprox. 10% din lotul studiat. Deși datele sunt în concordanță cu literatura de specialitate, nu se poate trage o concluzie în acest sens din cauza numărului insuficient de subiecți analizați și neomogenității lotului.

6.6.5 Direcții de urmat și noi perspective de cercetare

Se poate realiza un studiu mult mai larg și mai amănunțit în ceea ce privește analiza comparativă a loturilor de copii purtători de implant cochlear și a celor purtători de aparate auditive convenționale sau cu auz normal. Pentru a duce la îndeplinire acest deziderat însă, este nevoie de o echipă numeroasă de observatori profesioniști, apti să urmărească și să analizeze toate cele trei loturi de copii.

Deși s-a apelat și la interpretările voluntarilor profesioniști în ceea ce privește evaluarea copiilor, există riscul ca rezultatele obținute să fie pe alocuri subiective, deoarece și acești voluntari au fost implicați activ în întregul proces. De aceea se recomandă un studiu efectuat concomitant de un alt cercetător extern, care să nu fie implicat activ și care să conducă o echipă neutră de evaluatori. Studiul a fost efectuat la o scară relativ restrânsă, însă se recomandă continuarea studiului longitudinal pentru a putea evalua și mai bine impactul programului terapeutic în timp.

Dacă ar exista mijloacele și resursele disponibile (un număr mai mare de observatori specializați), s-ar putea realiza o evaluare și a copiilor cu auz normal și a celor cu aparate auditive convenționale care au participat la grupurile terapeutice. Ar putea fi studiate loturile comparative, iar pe baza rezultatelor s-ar putea obține informații suplimentare. De asemenea chestionarele ASEBA ar putea fi aplicate și profesorilor și educatorilor, prin intermediul chestionarului TRF (Teacher's Report Form) nu doar părinților.

Scopul acestei cercetări este de a propune un model terapeutic pentru copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear, care ar putea fi implementat în centrele, școlile

sau grădinițele pe care aceștia le frecventează. Deși nu este un program educațional ci unul terapeutic, el ar putea fi susținut de factorii decizionali ai acestor centre, școli sau grădinițe. Orele alocate „Școlii altfel” sau cele optionale, ar putea avea în vedere derularea unui astfel de program terapeutic de către specialiștii zonali.

7 Concluzii și contribuții personale

Vom structura concluziile în funcție de tipul și caracteristicile celor două tipuri de cercetare (cantitativă și calitativă) care au stat la baza acestui studiu.

7.1 Concluziile cercetării cantitative

Studiul 1 - S-a realizat analiza statistică a formularului Corporalitate-Proiecție-Rol:

- Se confirmă ipoteza conform căreia terapia prin joc are o influență pozitivă asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear. Din datele analizate pe parcursul întregii perioade în care copiii hipoacuzici, purtători de implant cochlear au urmat sesiunile de terapie prin joc, se observă o îmbunătățire atât specifică cât și globală în toate cele trei arii studiate: corporalitate, proiecție și rol, ceea ce confirmă ipotezele inițiale.

Studiul 2 - S-a realizat analiza statistică a testului Jones:

- Se confirmă ipoteza conform căreia dramaterapia are o influență pozitivă asupra strategiilor de comunicare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear.
- Procesul dramaterapeutic a adus o îmbunătățire a strategiilor de relaționare ale copiilor purtători de implant cochlear participanți la studiu, prin stimularea elaborării ideilor creative și a încurajării expunerii ideilor și sugestiilor proprii în cadrul activităților, ceea ce confirmă ipoteza inițială.
- Parcurgea programului dramaterapeutic are ca efect creșterea empatiei copiilor în abordarea și interpretarea rolurilor. Semnificația acestui fapt se traduce prin înțelegerea la un nivel mai profund a structurii și caracteristicilor personajelor.
- Deși în urma procesului dramaterapeutic există o îmbunătățire a nivelului de flexibilitate prin intermediul exprimării corporale a copiilor purtători de implant cochlear, aceasta nu este statistic semnificativă, ceea ce infirmă ipoteza inițială. De remarcat gradul considerabil de rigiditate posturală în interpretarea rolului.
- În urma procesului dramaterapeutic există o îmbunătățire a strategiilor de comunicare și menținere a dispoziției afective a copiilor purtători de implant cochlear participanți la studiu (eutimia), prin diminuarea timidității și a comportamentului defensiv, ceea ce confirmă ipoteza inițială.

Studiul 3 - S-a realizat analiza statistică a chestionarelor CBCL, YSR și YSR derivat:

- Rezultatele globale per grup sugerează normalitatea lotului studiat în ceea ce privește manifestările emoționale și comportamentale în urma parcurgerii programului dramaterapeutic.
- La nivel global al grupului aflat în studiu s-au obținut scoruri dezirabile, menținute la nivel subclinic, atât pentru procesele internalizate (anxietate, depresie, însingurare, acuze somatice) cât și pentru cele externalizate (comportament de încălcare a regulilor, comportament agresiv), copiii neprezentând dificultăți în niciuna din aceste arii.
- Deși nivelul comportamentului agresiv al băieților purtători de implant cochlear cu vârste cuprinse între 6-11 ani este mai ridicat în comparație cu al celorlalți, rezultatul global se menține în limite normale.
- Rezultatele care indică situații patologice obținute în urma analizei chestionarelor CBCL și YSR prezintă un procent < 10%, însă lotul evaluat nu poate fi considerat reprezentativ și de aceea nu poate fi corelat cu rezultatele menționate în literatura de specialitate.
- Tehnicile de dramaterapie contribuie semnificativ la preventia apariției tulburărilor de sănătate mintală.

Evaluarea audiologică - S-a realizat analiza statistică a rezultatelor testelor audiometrice:

- Vârsta medie a lotului de copii hipoacuzici aflat în studiu în momentul implantării cochleare este una tardivă, situată la granița perioadei critice de 5 ani.
- Din punct de vedere medical, implantul cochlear se dovedește a fi un dispozitiv extrem de eficient în dobândirea percepției auditive, asigurând pentru lotul de copii aflat în studiu, un nivel mediu al pragului auditiv de 25, 09 dB HL (foarte apropiat de pragul limită de 20 dB HL al unui normoacuzic).
- Implantarea tardivă are ca efect obținerea unui scor al indicilor audiometriei vocale mai scăzut comparativ cu cea tonală, ceea ce explică dificultățile copiilor în intelibilitatea limbajului articulat, identificate în cadrul evaluărilor audiológice.

7.2 Concluziile cercetării calitative

Tehnicile terapiei prin joc și ale dramaterapiei pot fi considerate tehnici complementare în procesul de reabilitare auditiv-verbală comunicatională a copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear. Ambele tehnici stimulează exprimarea creativă și facilitează comunicarea eficientă în situații sociale care permit acceptarea și integrarea precoce.

Practicile curente de reabilitare auditiv-verbală a copilului hipoacuzic purtător de implant cochlear se bazează de cele mai multe ori, pe latura cognitivă și pe comunicarea digitală, neglijând componenta legată de motivație, de comunicarea simbolică și de expresivitatea corporală. Ca o consecință a acestui fapt, există disfuncționalități importante în ceea ce privește creativitatea limbajului acestor copii, care reprezintă o latură importantă a comunicării sociale. Stimularea emisferei drepte (creativitatea și imaginația) concomitent cu a celei stângi (reguli gramaticale și de pronunție sau modelele operaționale concrete), poate aduce plusul necesar și integrarea informațională corespunzătoare pentru copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear.

Implantarea cochleară cât mai precoce constituie premisa unor tipuri specifice de intervenție în reabilitarea auditiv-verbală a copilului hipoacuzic, diferite de cele clasice (deoarece zonele auditive se dezvoltă sincron cu cele vizuale). Intervenția timpurie asupra copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear și familiilor lor prin intermediul tehnicii terapeutice creative pot preîntâmpina tulburările de atașament și dificultățile care pot apărea pe parcursul etapelor de dezvoltare.

Partea externă a implantului cochlear presupune modificarea percepției asupra imaginii corporale a copiilor purtători de implant cochlear, ceea ce poate afecta în mod negativ stima de sine, mai ales în perioada adolescenței. Riscul apariției factorilor emoționali și comportamentali negativi mai ales în rândul adolescenților purtători de implant cochlear, poate fi contracararat prin intermediul dramaterapiei care stimulează mijloacele de exprimare și de comunicare. Reprezentațiile de dramaterapie pot rezolva într-un mod complex mai multe problematici ale copiilor și adolescentilor (care țin de inhibiții, inadaptări, blocaje emoționale, frustrări) atât prin alegerea temelor, a costumelor și măștilor, a confecționării lor, a pregăririi repetițiilor cât și a spectacolelor propriu-zise.

Dramaterapia permite abordarea la nivel metaforic a etapelor pe care le parcurge copilul și familia acestuia încă din momentul diagnosticării hipoacuziei (integrarea în

propria familie, procesul de doliu al părinților, de acceptare, de descoperire a resurselor, de integrare rezilientă a situației, de suport social și implicare activă în procesul de reabilitare, etc.).

S-a observat că jocurile specifice de corporalitate, proiecție și rol au reușit să depășească anumite bariere și au sprijinit dezvoltarea laturilor deficitare ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear. Nu doar nivelul de comunicare verbală este cel care garantează stima de sine ridicată și integrarea copilului purtător de implant cochlear în societatea din care face parte. Limbajul oral este doar o componentă a evantaiului de abilități pe care trebuie să le aibă un astfel de copil.

Copiii hipoacuzici purtători de implant cochlear care au luat parte la programul terapeutic și-au îmbunătățit și diversificat strategiile de comunicare cu semenii lor cu auz normal, având ocazia să se descorepe atât pe sine și pe ceilalți. De asemenea, copiii cu auz normal au descoperit prin joc noi moduri de legătură cu cei hipoacuzici. Cu toții au avut prilejul să lucreze în echipă, ceea ce a fost diferit față de viziunea școlară care se bazează pe competiție. Copiii au învățat prin intermediul tehnicilor terapeutice, că-și pot descărca agresivitatea și furia într-o manieră nonviolentă și fără a intra în contradicție cu ceilalți.

În procesul terapeutic este foarte important să se asigure crearea unui cadru și spațiu securizant, precum și prezența materialelor care să permită expresivitatea creativă, rigurozitatea în etapizarea intervenției, predictibilitatea, toate menite să stimuleze reziliența de grup.

Este necesară o abordare holistică specifică a copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear pentru a putea surprinde cât mai multe fațete ale vieții lor de zi cu zi în procesul de reabilitare auditiv-verbală. Din perspectiva modelului bio-psycho-social, părinții trebuie cooptați în calitate de parteneri activi alături de copii în cadrul echipei multidisciplinare. Acest lucru asigură o implicare în cunoștință de cauză a acestora în procesul de reabilitare auditiv-verbală. Este nevoie de sprijinul familiei și de expectanțele realiste ale acesteia privind progresul pe care-l poate oferi implantul cochlear în dobândirea auzului și a limbajului articulat. Implicarea familiei în echipă multidisciplinară este esențială pe parcursul întregului proces de reabilitare auditiv-verbală a copilului.

Deși populația copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear este una aflată la risc din perspectiva procesului de normalizare și de integrare în comunitate, există

metode terapeutice menite să stimuleze nivelul de comunicare și de exprimare plenară. Pentru a menține efectele benefice ale terapiei pentru cât mai mult timp, este nevoie de un proces terapeutic constant, de lungă durată, care presupune o repartizare a resurselor profesionale (psihologi, logopezi, educatori instruiți în tehniciile de terapie prin joc și dramaterapie) adecvate copilului hipoacuzic implantat cohlear la diferite vârste.

Dobândirea limbajului de către copilul hipoacuzic purtător de implant cohlear ar trebui completată și întărītă printr-un program de intervenție suplimentar, instituit în școlile și grădinițele în care este încadrat copilul, menit să-i faciliteze acestuia exprimarea și comunicarea plenară, prin mijloace creative diverse.

7.3 Contribuții personale

Cercetarea de față reprezintă un studiu de pionierat. Pornind de la analiza literaturii de specialitate, nu am identificat nicio documentare a unui studiu similar realizat în România sau altundeva în lume. Pentru prima dată în România a fost abordată populația țintă a copiilor cu implant cohlear, din perspectiva metodelor terapeutice specifice comunicării creative, în cadrul procesului de reabilitare auditiv-verbală.

Am lansat și argumentat ideea introducerii terapiilor creative (terapia prin joc și dramaterapia) în planul de reabilitare a copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear, ca factor complementar și adjuvant pentru terapia auditiv-verbală clasică.

Pentru a putea obține date cât mai pertinente referitoare la tema centrală, am apelat la metodologia specifică atât cercetării calitative cât și a celei cantitative. Abordarea holistică a planului de cercetare, în cele trei direcții: medicină, audiologie și psihologie, a avut ca efect implicarea la nivel național, a mai multor organizații non-guvernamentale și instituții medicale interesate în reabilitarea copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear.

Metodologia cercetării asupra copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear a fost făcută prin intermediul unor instrumente de investigare adaptate particularităților grupului țintă. Am obținut dovezi științifice cu privire la rolul pe care terapiile creative îl joacă în menținerea sănătății emoționale a copiilor hipoacuzici purtători de implant cohlear din România, având un important caracter preventiv. Având la bază rezultatele obținute în urma cercetării, am demonstrat că participarea copiilor cu implant cohlear în cadrul grupurilor terapeutice creative constituie un factor important în stimularea laturii comunicaționale creative a acestora.

Angrenarea în acest proiect de cercetare s-a realizat pe mai multe planuri și a vizat implicarea atât a copiilor cu implant cochlear cât și a familiilor lor, a specialiștilor în domeniu (logopezi, psihologi, educatori, audiologi, medici), a presei și nu în ultimul rând a copiilor cu auz normal sau purtători de aparate auditive convenționale.

Intervenția terapeutică a influențat parcursul a 89 de copii purtători de implant cochlear, implicând 25 de voluntari profesioniști care au deprins strategii de lucru specifice și adaptate acestor copii, conferind întregului proiect un puternic caracter de cercetare-acțiune-formare.

Studiul prezintă un model de bune practici pentru abordarea copiilor hipoacuzici, purtători de implant cochlear din România, oferind ca suport informațional un ghid de alcătuire a unei piese dramaterapeutice, însotit de un material video înregistrat. Aici pot fi vizionate, în mod etapizat, momentele cheie ale întregului proces, materialul putând constitui baza implementării imediate a programului terapeutic în teritoriu.

Implicarea nemijlocită în actul creativ, realizarea regiei și a scenariilor pieselor dramaterapeutice, alegerea temelor inspirate din viața copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear și a familiilor lor precum și punerea în scenă a spectacolelor, conferă cercetării un caracter unic și original.

Am contribuit în mare măsură la popularizarea aspectelor particulare ale copiilor cu implant cochlear, punându-se accent pe nevoile lor, în special pe nevoia de comunicare prin diverse mijloace, atât prin intermediul lucrărilor și posterelor prezentate în cadrul congreselor și conferințelor naționale și internaționale, articolelor de specialitate, dar și prin comunicatele de presă, emisiunile televizate („Oameni ca noi” TVR1 2014; 2015), spectacolelor dramaterapeutice prezentate în fața părinților și a publicului specializat (Conferința Europeană de Dramaterapie – București 2016; Congresul Național O.R.L - Băile Felix 2016).

Timp de patru ani consecutiv, proiectele desfășurate în cadrul acestei cercetări au menținut viu interesul familiilor copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear asupra noilor modalități de intervenție terapeutică creativă. Reușita obținerii finanțării acestui proiect, în calitate de vicepreședintă a Asociației Audiosofia, dovedește aprecierea juriului Fundației Pentru Comunitate și Mol România. Pentru patru ani consecutiv, acest juriu de specialitate a creditat continuarea derulării acestui demers terapeutic destinat copiilor

hipoacuzici purtători de implant cochlear. Premiul obținut de proiectul „Caruselul măștilor” pentru cel mai bun proiect finanțat în anul 2016 în cadrul programului „Pentru sănătatea copiilor”, a venit să confirme valoarea activităților și rezultatelor terapeutice.

Valoarea tehniciilor complementare de reabilitare a copilului cu implant cochlear din România propuse și promovate în acest studiu, este certificată prin publicarea unui important capitol de carte, apărut în limba engleză, în manualul european de dramaterapie „*Routledge International Handbook of Dramatherapy*” (2016). Rezultatele cercetării devin astfel de interes internațional, reprezentând un model de bune practici atât în domeniul implantului cochlear cât și în cel al dramaterapiei, constituind totodată un punct de referință pentru România.

BIBLIOGRAFIE

1. Achenbach, T. M., Rescorla, L. A. (2009). *Manualul ASEBA pentru vârsta școlară, cestionare și profile*. Cluj Napoca, Editura RTS
2. Anca, M. (2007). *Logopedie*. Presa Universitară Clujeană, Universitatea „Babeş-Bolyai”
3. Anca, M., (2005). *Logopedie. Lecții*. Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
4. Anca, M.,(2006). *Psihopedagogia deficitilor de auz*.Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca.
5. Anghel, P. (2004). *Strategii eficiente de comunicare*. Ed. Cartea Universitară – Bucureşti
6. Asociaţia Audiologilor din România (2016). *Implantul cochlear în România*. Med-El 2016
7. Ataman, T. (2009). *Audiologie clinică*. Ed. Sitech
8. Avramescu, M.D., (2002). *Defectologie și logopedie*. Ed. Fundației România de mâine – Bucureşti.
9. Ayres, A. J. (1982). *Sensory Integration and the Child*. Western Psychological Services
10. Bess, F.H., Humes, L. E. (2003). *Audiology: The fundamentals* (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins
11. Bloom, L., Lahey, M. (1978). *Language Development and Language Disorders*, John Wiley & Sons, New-York, Brisbane, Toronto.
12. Bowlby, J., (1965). *Child Care and the Growth of Love*, A. Penguin Book, 3rd Ed.
13. Bowlby, J., (1973). *Attachment and loss vol. I*. NY Basic Books
14. Bowlby, J., (1982). *Attachment and loss vol. III*. NY Basic Books
15. Bowlby, J., (2011). *O bază de siguranță*. Copyright Ed. Trei
16. Brown, F., (2014). *Paly & Playwork – 101 Stories of Children Playing*. Open University Press
17. Burns, G.W. (2011). *101 povești vindecătoare pentru copii și adolescenți*. Copyright Ed. Trei
18. Carmichael, K. D. (2006).*Play therapy: An introduction*. Glenview, IL: Prentice Hall.
19. Carnagie, D. (2000). *Cum să vorbim în public*. Ed. Curtea veche – Bucureşti

20. Cassidy, J., Shaver P.R. (2016). *Handbook of attachment - Theory, Research and Clinical application*. The Guilford Press
21. Chomsky, N. (2000). *Language and mind. (3rd edition)* Ed. Cambridge University Press
22. Cernea, M. (2017). *Măști cu ecou – un proiect terapeutic pentru copiii hipoacuzici din România*. ORL.RO, 11/2017 (Versa Puls Media)
23. Cernea, M. (2016). *Play- and dramatherapy – complementary techniques for rehabilitation of children with cochlear implant*. ORL.RO, Nr.33 4/2016 (Versa Puls Media)
24. Cernea, M. (2015). *Joc și culoare cu măștile călătoare*. ORL.RO, Nr. 29 4/2015 (Versa Puls Media)
25. Cernea, M. (2014). *În căutarea fericirii*. ORL.RO, Nr. 24 3/2014 (Versa Puls Media)
26. Cernea, M., (2014). *Promovarea proceselor reziliente pentru copiii hipoacuzici prin terapie prin joc si dramaterapie*. Al II-lea Congres Mondial de Reziliență, Timișoara
27. Cernea, M. (2014). *Jocul rupe masca tăcerii*.ORL.RO, Nr. 22 1/2014 (Versa Puls Media)
28. Cernea, M. (2011). *Probleme etice în intervenția și integrarea copilului cu implant cochlear*. ORL.RO, Nr. 11 2/2011 (Versa Puls Media)
29. Cirneci, D., (2004). *Demascarea secolului: Ce face din noi creierul? Introducere în neuroștiințele dezvoltării*. Editura Eikon, Cluj-Napoca.
30. Cohen, L. J. (2012). *Rețete de jocuri – De ce și cum să te joci cu copilul tău*. Copyright Ed. Trei
31. Constantin, V., Mitrofan, I. (2013). *Învățarea experiențială prin dramaterapie*. Ed. Sper
32. Coșeriu, E., (1999). *Introducere în lingvistică*. Ed. Echinoxciu, Cluj-Napoca.
33. Chesner, A. (2004). *Dramatherapy for People with Learning Disabilities – A World of Difference*. Jessica Kingsley Publishers
34. Chomsky, N. (1996). *Cunoașterea limbii*. Ed. Științifică – București
35. Christiansen. J.B, Leigh. I. (2002). *Cochlear Implants in Children: Ethics and Choices*.p.26. Gallaudet University Press

36. Cole, E. B., Flexer, C. (2007). *Children with hearing loss – Developing Listening and Talking birth to six*. Plural Publishing
37. Cooper, H.R., Craddock, L.C. (2006). *Cochlear implants a practical guide (second edition)*. Whurr Publishers London and Philadelphia
38. Cyrilnik, B., (2006). *O minunată nefericire*. Elena Francisc Publishing
39. Crăciun, M.,T. (2001). *Diagnosticul si tratamentul afaziei (Teza de doctorat)*, Cluj-Napoca.
40. DiLollo, D.A., Neimeyer, R. A. (2014). *Counseling in Speech-Language Pathology and Audiology: Reconstructing Personal Narratives*. Plural Publishing
41. Duggan, M., Grainger, R. (1997) Imagination, Identification and Catharsis in Theatre and Therapy. Jessica Kingsley Publishers London and Bristol, Pennsylvania
42. Estabrooks, W. (2006). *Auditory-Verbal Therapy and Practice*. Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of hearing
43. Filipoi, S. (1998). *Basme terapeutice pentru copii și părinți*. Fundația Culturală Forum
44. Florea, B. (2006). *Surditate și comunicare*. Asociația Acusticienilor Audioproteziști
45. Fontana, A., Frey, J.H. (2005). *The interview: From structured questions to negotiated text*. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, (pp. 645-670). 2nd ed. London: Sage Publications.
46. Gafencu, M., Puiu, M.J., Stan, V., Doros, G. (2005). *Sindromul Down de la îngrijire la înțelegere*. Ed. Brumar – Timișoara
47. Georgescu, M. (2018). *Impactul hipoacuziei asupra dezvoltării copilului*. Simpozion „Vocea ta contează”, București 2018.
48. Deafness .(2011). *Encyclopædia Britannica Online*. Encyclopædia Britannica Inc. 2011. Archived from the original on 2012-06-25. Retrieved 2012-02-22. https://en.wikipedia.org/wiki/Hearing_loss
49. House, W.F., Berliner, K.I. (1991). Cochlear implants: from idea to clinical practice. In Cooper H (ed.) *Cochlear Implants: A practical Guide*.London: Whurr, pg.9-33.
50. Ionescu, ř. (2013). *Tratat de reziliență asistată*. Ed. Trei
51. Izard, C.E., Kagan J., Zajonc, R.B. (1984). *Emotions, cognition and behavior*.cap. Children's understanding of emotions, p.409. Cambridge University Press

52. Jennings, S., Holmwood, C., (2016). *Routledge International Handbook of Dramatherapy*. Routledge International Handbooks
53. Jennings, S. (2015). *101 Ideas for Increasing Focus & Motivation*. Hinton House Publishers Ltd.
54. Jennings, S. (2013). *101 Ideas for Managing Challenging Behaviour*. Hinton House Publishers Ltd.
55. Jennings, S. (2013). *Neuro-dramatic-play (part one)*. Pheonix Printers Sdn Bhd, Penang, Malaysia
56. Jennings, S. (2013). *101 Activities for Social & Emotional Resilience*. Hinton House Publishers Ltd.
57. Jennings, S. (2012). *Neuro-dramatic-play and trauma 'Towards Healing and Hope'*. B. Braun Sharing Expertise.
58. Jennings, S. (2011). *Healthy AttachmentsandNeuro-dramatic-play*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
59. Jennings, S. (2007). *Creative storytelling with children at risk*. Speechmark Publishing Ltd.
60. Jennings, S. (2006). *Creative play with children at risk*. Speechmark Publishing Ltd.
61. Jennings, S. (2004). *Introduction to Developmental Playtherapy – Playing and Health*. Jessica Kingsley Publishers London and New York
62. Johnson, D.R., Pendzik, S., Snow, S. (2012). *Assessment in drama therapy*. Charles C Thomas Publisher, Ltd.
63. Johnstone, K., (1991). *IMPRO - Improvisation and the Theatre*. Methuen Drama
64. Kaduson, H., Schaefer, C. (2015). *101 Tehnici favorite ale terapiei prin joc*. Ed. Trei
65. Kaduson, H., Schaefer, C. (2018). *Alte 101 tehnici favorite ale terapiei prin joc*. Ed. Trei
66. Kallo, E., Balog, G., (2005). *The Origins of Free Play*. Pikler-Loczy Tarsaság, Budapest
67. Keller, F. (2016). *Exerciții de comunicare nonviolentă*. Ed. Trei
68. Kiernan, C., Reid, B., Goldbart, J. (1987). *Foundations of Communication and Language*. Manchester University Press
69. Killén, K. (1998). *Copilul maltratat*. Ed. Eurobit
70. Killén, K. (2003). *Copilăria durează generații la rând*. Ed. First

71. Lahad, M. (2010). *Creative supervision – The Use of Expressive Arts Methods in Supervision and Self-supervision*. Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.
72. Lambert, J. (2013). *Annie Sullivan et Helen Keller*. Cambourakis
73. Landreth, G. L. (2002). *Play therapy – The art of relationship*. Brunner-Routledge
74. Lincoln, Y.S., Guba, E. G. (2013). *The constructivist credo*. Left Coat Press.
75. Ling, D. (1990). *Foundation of Spoken Language in Hearing-Impaired Children*. Washington , DC: Alexander Graham Bell Association for the Deaf.
76. Luby, J. L. (2006). *Haandbook of Preschool Mental Health Developppment, Disorders and Treatment*. The Guildford Press - New York.
77. Luterman, D. (1991). *When your child is deaf*. Timonium, MD: York Press.
78. Main, M., Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure disorganized/disoriented attachment pattern. Brazelton, Yogman (Ed.) Affective development in infancy, p. 95-124.
79. Maxwell, J. A. (2012). *Qualitative Research Design: An Interractive Approach 3rd Eddition*. SAGE publication, Inc.
80. Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Jossey Bass Publishers, San Francisco.
81. Miles, M. B., Huberman, A. M., Saldaña, J. (2014). „*Chapter 4: Fundamentals of qualitative data analysis*”. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*, 3rd ed., Sage, Thousand Oaks, p. 69.
82. Mitiuc, I. (1999). *Probleme pedagogice la copilul cu tulburări de limbaj*. Ed. Cantes.
83. Mc Cormick, B., Archbold, S. (2003). *Cochlear implants for young children*. Athenaeum Press Limited, W., Sutherland, H., (1996). Eficient – nu deficient (Un ghid pentru prinții copiilor deficienți de auz). Tipografia Semne
84. Mc Cracken
85. Mc. Kinley, A. M., Warren, S. F. (2000). *The Effectiveness of Cochlear Implants for Children With Prelingual Deafness*. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/>
86. Mehler, J., Bertolini, J., (1988). *Development: A Question of properties, not change, in Cognitive Science*, nr. 115).
87. Moores, D. (2011). *Educating in Deaf*: Psychology, Principles and Practices (5thed.). Boston: Houghton Mifflin

88. Muntean, A. (2001). *Rolul limbajului în structurarea orientării temporo-spațiale (normal/patologic)*. Ed. Mirton Timișoara
89. Odell-Miller, H., Richards, E. (2009). *Supervision of Music Therapy*. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
90. Pascu, A. (2000). *Audiometrie*. Ed. Universitară „Carol Davila” București
91. Petrovai, D. (2009). *Tulburările de anxietate la copii și adolescenți*. Organizația „Salvați copiii”
92. Piaget, J. (2005). *Reprezentarea lumii la copil*. Ed. Cartier
93. Piaget, J., Inhelder, B., (2005). *Psihologia copilului*. Ed. Cartier
94. Pitruzzella, S. (2003). *Persona e soglia – Fundamenti di Dramaterapia*. Ed. Armando
95. Pitruzzella, S. (2017). *Drama, Creativity and Intersubjectivity*. Routledge International Handbooks
96. Popa, M. (2016). Metodologia cercetării (note de curs): 11 – Noțiuni de cercetare calitativă. APIO
97. Popescu, G. (2004). *Psihologia creativității*. Ed. Fundației România de mâine
98. Rimé, B. (2008). *Comunicarea socială a emoțiilor*. Ed. Trei
99. Rubin, J.A. (2009). *Art-terapia – teorie și tehnică*. Ed. Trei
100. Russ, S. W. (2004). *Play in child development and psychotherapy: Toward empirically supported practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
101. Rutter M. (2000). *Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications*. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, editors. Handbook of early childhood intervention. 2. New York: Cambridge University Press; 2000. pp. 651–682.
102. Sacks, O. (2013). *Văzând glasuri – O călătorie în lumea surzilor*. Ed. Humanitas
103. Saint Exupery, A. *Micul Print*.
104. Salloum, M.M. (2011) *Starea de bine la persoanele cu dizabilități*. Ed. Napoca Star.
105. Schaefer, C. E. (1993). *The therapeutic power of play*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.

106. Slama-Cazacu, T. (1957). Relațiile dintre gândire și limbaj în ontogeneză. Ed. Academiei RPR, București.
107. Slobin, D. (1971). Psycholinguistics, Scott, Foresman and Company, London.
108. Spolin, V. (1999). *Improvisation for the theater*. Northwestern University Press.
109. Stan, V. O. (2002). *Atașamentul și sisteme comunitare în sănătatea mentală*. p.51. Ed. Eurobit Timișoara
110. Thoutenhoofd, E. D., Archbold, S.M., Gregory, S., Lutman, M.E., Nikolopoulos, T.P., Sach, T.H. (2005). *Paediatric Cochlear Implantation – Evaluating Outcomes*. Whurr Publishers London and Philadelphia.
111. Vigotsky, L.S., (1972). *Gândire și limbaj*. Ed. Didactică și pedagogică.
112. Vrășmaș, E., Stănică, C., Mușu, I. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj*. Ed. Didactică și pedagogică, București.
113. Woods, P. (2005). *Inside schools: Ethnography in schools*. London: Routledge

BIBLIOGRAFIE ON-LINE

1. Advanced Hearing Aid Clinic Inc .(2018). *Auditory deprivation* <http://www.advancedhearingaidclinic.com/hearing-loss/auditorydeprivation.html>
2. Antia, S.D., Sabers, D.L., Stinson, M.S. (2007). *Validity and reliability of the classroom participation questionnaire with deaf and hard of hearing students in public schools*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, vol. 12 (pg. 158-171) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
3. Bandura, A. (2002). *Social cognitive theory in cultural context*. *Applies Psychology : An International Review*. [https://doi.org.](https://doi.org/)
4. Bat-Chava, Y., Deignan, E. (2001). *Peer relationships of children with cochlear implants*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education, vol. 6 (pg. 186-199) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
5. Bat-Chava, Y., Martin, D., Kosciw, J.G. (2005). *Longitudinal improvements in communication and socialization of deaf children with cochlear implants and hearing aids: evidence from parental reports*. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2005, vol. 46 (pg. 1287-1296) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

6. Bat-Chava, Y., Martin, D., Imperatore, L. (2014). *Long-term improvements in oral communication skills and quality of peer relations in children with cochlear implants: Parental testimony*. *Child: Care, Health and development* 40 (6), 870-881. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
7. Beadle, E.A., McKinley, D.J., Nikolopoulos, T.P., Brough, J., O'Donoghue, G.M., Archbold, S.M. (2005). *Long-term functional outcomes and academic-occupational status in implanted children after 10 to 14 years of cochlear implant use*. *Otology and Neurotology*, 2005, vol. 26 (p.1152-1160)
8. Brazelton, T.B. (1978). *The Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale: introduction*. Monogr Soc Res Child Dev 1978; 43 (5-6): 1-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
9. Bretherton, I., Munholland, K. A. (1999). *Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory*. In book: *Handbook of attachment: Theory, research and clinical application*, Edition: 2nd edition, Chapter: 5, Publisher: New York: Guilford, Editors: pp.102-127/1999 <https://www.researchgate.net/publication/>
10. Brown, P.M., Cornes, A. (2015). *Mental health of deaf and hard-of-hearing adolescents: what the students say*. *J Deaf Stud Deaf Educ.* Jan. 20(1) 75-81.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
11. Brydon-Miller, M., Greenwood, D., Maguire, P. (2003). *Why Action Research?*, *Action Research*, Vol. 1 (1) SAGE Publication London. <http://arj.sagepub.com/cgi/content/abstract/>
12. Byrnes, L.J., Sigafoos, J. (2001). *A "consumer" survey of educational provision for deaf and hard of hearing students*. Dec;146 (5): 409-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
13. Byrnes, L. J., Sigafoos, J., Rickards, F.W. (2002). *Inclusion of students who are deaf or hard of hearing in government schools in New South Wales, Australia: Development and implementation of a policy-* *Journal of Deaf Studies - academic.oup.com*
14. Carter, D. B., Levy, G. D. (1998). Cognitive aspects of early sex-role development: The influence of gender schemas on preschoolers memories and preferences for sex-typed toys and activities. *Child Development*, 59, 782-792. <http://digitalcommons.wustl.edu/>

15. Caruselul măștilor – film - <https://www.youtube.com/watch?v=HCDn5jlkOIg>
16. Casby, M.W., McCormack, S.M. (1985). *Symbolic play and early communication development in hearing-impaired children*. J Commun Disord. 1985 Feb;18(1):67-78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
17. Charlson, E., Strong, M., Gold, R. (1992). *How successful deaf teenagers experience and cope with isolation*. Am Ann Deaf. Jul;137(3):261-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
18. Côté, M. (2015) Teza de doctorat: *Les stades de développement d'Erikson et les troubles de personnalité*, p. 9). <http://depot-e.uqtr.ca/7626/1/030932505.pdf>
19. Dammeyer, J. (2010). *Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children*. Journal of Deaf Stud. and Deaf Educ. 2010 vol. 15 (pg.50-58). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
20. DeCasper, A. J., Fifer, W. P. (1980). *Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices*. Science 1980 Jun 6, 208 (4448): 1174-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
21. DeCasper , A. J., Prescott, P. A. (1984). *Human newborns' perception of male voices: preference, discrimination, and reinforcing value*. Dev Psychobiol 1984 Sep; 17 (5): 481-91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
22. DeCasper, A. J., Spence, M. J. (1986). *Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds*. Infant Behavior & Development, 9(2), 133-150. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-6383\(86\)90025-1](http://dx.doi.org/10.1016/0163-6383(86)90025-1)
23. van Eldik, T., Treffers, P. D., Veeman, J. W., Verhulst, F.C. (2004). *Mental health problems of deaf Dutch children as indicated by parents' responses to the child behavior checklist*.Am Ann Deaf 2004 Winter; 148 (5): 390-5 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
24. van Eldik, T. (2005). *Mental health problems of Dutch youth with hearing loss as shown on the Youth Self Report*. Am Ann Deaf 2005 Spring; 150 (1); 11-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
25. Eriks-Brophy A, Durieux-Smith A, Olds J, Fitzpatrick E, Duquette C, Whittingham J. (2006). *Facilitators and barriers to the inclusion of orally educated children and youth with hearing loss in schools: Promoting partnerships to support inclusion*, The Volta Review, 2006, vol. 106 (pg. 53-88)

26. Erikson, E. (2014). *Stadiile de dezvoltare.*
<https://insidejurnalpsihoterapieintegrativa.wordpress.com>
27. Esmaeilzadeh, S. M., Sharifi, S., Niknezhad, H. T. (2013). *Auditory-Verbal Music Play Therapy: An integrated approach (AVMPT)*. Article 1. Volume 25, Issue 4 September and October 2013, Page 197-207
http://ijorl.mums.ac.ir/article_1218.html
28. Easterbrooks, S.R., Scheetz, N.A. (2004). *Applying critical thinking skills to character education and values clarification with students who are deaf or hard hearing.* Am Ann Deaf Summer; 149 (3): 255-63.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
29. Fellinger, J., Holzinger, D., Beitel, C., Laucht, M., Goldberg, D.P. (2009). *The impact of language skills on mental health in teenagers with hearing impairments.* Acta Psychiatrica Scandinavica 2009 Aug;120 (2):153-159.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
30. Fifer, W.R. (1980). *Innovation in medical care evaluation.* Top Health rec Manage 1980 Dec; 1(2): 3-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
31. Geers, A. E. (2002). *Factors Affecting the Development of Speech, Language, and Literacy in Children With Early Cochlear Implantation.* Lang Speech Hear Serv Sch 2002, Jul 1; 33(3): 172-183<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
32. Geers, A.E., Tobey, E., Moog, J., Brenner, C. (2008). *Long-term outcomes of cochlear implantation in the preschool years: from elementary grades to high school.* Int. J. Audiol. 2008 Nov; 47 Suppl 2: S21-30.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
33. van Gent, T., Goedhart, A.W., Treffers, P.D. (2012). *Characteristics of children and adolescents in the Dutch national in- and outpatient mental health service for deaf and hard of hearing youth over a period of 15 years.* Res Dev Disabil 2012 Sep-Oct, 33 (5): 1333-42 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
34. Hall, L.J., McGregor, J. A. (2000). A follow-up study of the peer relationship of children with disabilities in an inclusive school. The Journal of Special Education, 34, 114-126.
35. Hațegan, C. (2012) *Limbaj și comunicare – abordare interdisciplinară*
<https://www.scribd.com/document/44134801/Carolina-Hategan-Limbaj-Si-Comunicare-Abordare-Interdisciplinara>

36. Hintermair, M.(2006).*Parental resources, parental stress and socioemotional development of deaf and hard of hearing children.* J Deaf Stud Deaf Educ 2006 Fall; 11(4): 493-513 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
37. House,W.F., Berliner, K.I. (1986). *Safety and efficacy of the House/3M cochlear implant in profoundly deaf adults.* Otolaryngol Clin North Am. 1986 May;19(2):275-86.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
38. Howes, C., Spieker, S. (2008). *Attachment relationships in the context of multiple caregivers.* In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment. Teory, research, and clinical applications* (pp.317-332). New York, NY, US: Guilford Press. psycnet.apa.org/record/
39. Howes, C., Matheson, C. C. (1992). Sequences in the development of competent play with peers: Social and social pretend play. *Developmental Psychology*, 28, 961-974. <http://digitalcommons.wustl.edu/>
40. Huber, M.(2005). *Health-related quality of life of Austrian children and adolescents with cochlear implants.* International Journal of Pediatric Otorhinolaringology vol. 69 (pg.1089-1101).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
41. Hyde, M., Power, D. (2003).*Characteristics of deaf and hard-of-hearing students in Australian regular schools: Hearing level comparisons.* Deafness & Education International, 2003 - Taylor & Francis https://scholar.google.com/scholar_lookup
42. Implant cohlear (imagine) - <https://www.google.com/search>
43. Kent, B. A. (2003).*Identity issues for hard-of-hearing adolescents aged 11, 13, and 15 in mainstream setting.* Journal of deaf studies and deaf education, 2003 - vol. 8 (pg. 315-324). academic.oup.com
44. Kent, B., Smith, S. (2006). *They only see it when the sun shines in my ears: Exploring perceptions of adolescent hearing aid users-* Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 2006 - vol. 11 (pg. 461-476). academic.oup.com
45. Kisilevsky, B. S., Low, J. (1998). *Human Fetal Behavior: 100 Years of Study.* Research Gate 18 (1): 1-29 March 1998 <http://www.researchgate.net/publication/>
46. Knoors, H., Meuleman, J., Klatter-Folmer, J. (2003). *Parents' and teachers' evaluations of the communicative abilities of deaf children.* American Annals of Deaf, vol. 148 (pg. 287-294) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

47. Knudsen, E. I. (2004). *Sensitive Periods in the Development of the Brain and Behavior*. Journal of Cognitive Neuroscience, Volume 16 | Issue 8 | October 2004, (p.1412-1425). <https://www.mitpressjournals.org/>
48. Kobak, R., Cassidy, J., Lyons-Ruth, K., Ziv, Y., (2006). *Attachment, Stress, and Psychopathology: A Developmental Pathways Model*. <https://www.researchgate.net/publication/>
49. Koester, L. S. (1994). *Early interactions and the socioemotional development of deaf infants*. <https://doi.org/10.1002/edp.2430030107>
50. Kolb, B., Gibb, R. (2011). *Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2011 Nov; 20(4): 265–276.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>
51. Kral, A., Sharma A. (2012). *Developmental neuroplasticity after cochlear implantation*. Trends in Neuroscience, Volume 35, Issue 2, February 2012, (Pg. 111-122) <https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.09.004>
52. Linder, T. W. (1993). *Transdisciplinary play-based intervention: Guidelines for developing a meaningful curriculum for young children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing <http://digitalcommons.wustl.edu/>
53. Loy, B., Warner – Czyz, A.D., Tong, L., Tobey, E.A., Roland, P.S. (2010). *The children speak: an examination of the quality of life of pediatric cochlear implant users* vol. 142 (pg. 247-253). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
54. Marschark, M., Shyoyer, E. H. (1993). *Hearing status and language fluency as predictors of automatic word and sign recognition*. Am Ann Deaf 1993 Oct; 138 (4): 370-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
55. Mejstad, L., Heiling, K., Svedin, C. G. (2009). *Mental health and self-image among deaf and hard of hearing children*. Am Ann Deaf 2009 Winter, 153(5): 504-15.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
56. Mendez, K. (2005). *Play assessment: The effects of peer interaction on children's cognitive capabilities*, paper 283) <http://digitalcommons.wustl.edu/>
57. Micucci, S.E. (2015). *Building resilience in children with hearing loss in general education classrooms: A guide for parents and teachers of the deaf*. <http://digitalcommons.wustl.edu/>

58. Power, D., Hyde, M. (2002). *The characteristics and extent of participation of deaf and hard-of-hearing students in regular classes in Australian schools*. Journal of deaf studies and deaf education, 2002 - vol. 7 (pg. 302-311). academic.oup.com
59. Punch, R., Hyde, M. (2011). *Social Participation of Children and Adolescents with Cochlear Implants: A Qualitative Analysis of Parent, Teacher and Child Interviews* The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, Volume 16, Issue 4, 1 October 2011, P. 474–493, <https://academic.oup.com>
60. Remine, M.D., Brown, P.M. (2010). *Comparison of the prevalence of mental health problems in deaf and hearing children and adolescents in Australia*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2010, vol. 44 (pg. 351-357)<https://academic.oup.com>
61. Marschark, M., De Beni, R., Polazzo, M. G., Cornoldi, C. (1993). *Deaf and hard of hearing and adolescents` memory for concrete and abstract prose. Effects of relational and distinctive information*. Am Ann Deaf 1993 Mar; 138 (1); 31-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
62. Martin, D., Bat-Chava, Y. (2003). *Negotiating deaf-hearing friendships: coping strategies of deaf boys and girls in mainstream schools*. Child Care Health Dev. 2003 Nov;29 (6):511-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
63. Masataka, N. (2006). *Preference for consonance over dissonance by hearing newborns of deaf parents and of hearing parents*. Dev Sci, 2006 Jan; 9(1): 46-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
64. Mendez, K., (2005). *Play assessment: The effects of peer interaction on children's cognitive capabilities*. <https://pdfs.semanticscholar.org/>
65. Mitchell, R.E., Karchmer, M. A. (2004). *When parents are deaf versus hard of hearing: patterns of sign use and school placement of deaf and hard-of-hearing children*. J Deaf Stud Deaf Educ, 2004, Spring, 9 (2): 133-52 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
66. Necula, V. (2011). *Aspecte legate de performanță auditivă, capacitatea de comunicare și calitatea vieții la pacienții cu implant cochlear*. Teză de doctorat – Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațegianu” Cluj-Napoca. www.umfcluj.ro/sustinute-ro/
67. Parasniss, I. (2004). *Cultural and Language Diversity and the Deaf Experience*. Cambridge University Press. p. 141. <https://books.google.ro/books>

68. Percy-Smith, L., Cayé-Thomasen, P., Gudman, M., Jensen, J.H., Thomsen, J. (2008) *Self-esteem and social well-being of children with cochlear implant compared to normal-hearing children*. Otorhinolaryngology. 2008 Jul; 72(7):1113-20 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
69. Ritzi, M. R., and Ray, D., C. (2017) *Intensive Short-Term Child-Centered Play Therapy and Externalizing Behaviors in Children*. International Journal of Play Therapy (2017) Vol. 26, No. 1, 33–46
70. Saffran, J. R., Werner, L. A., Werker, J. F. (2007) *The Infant's Auditory World: Hearing, Speech, and the Beginnings of Language*, In book: Handbook of Child Psycholog https://www.researchgate.net/publication/228034195_The_Infant%27s_Auditory_World_Hearing_Speech_and_the_Beginnings_of_Language
71. Schore, A. N. (2000). *Attachment and regulation of the right brain*. Attachment & Human Development Vol 2 No 1 April 2000 23–47. Routledge Taylor & Francis Group. <https://www.google.com/search?client>
72. Schorr E.A., Fox N.A., Virginie van Wassenhove, Knudsen E.I (2005) www.pnas.org/content/102/51/18748
73. Schorr E.A. (2006). *Early cochlear implant experience and emotional functioning during childhood: Loneliness in middle and late childhood*. The Volta Review , 2006, vol. 106 (pg. 365-379) <https://academic.oup.com/jdsde/article/>
74. Sharma, A., Campbell, J. Cardon G. (2015). *Developmental and cross-modal plasticity in deafness: Evidence from the P1 and N1 event related potentials in cochlear implanted children*. International Journal of Psychophysiology Volume 95, Issue 2, February 2015, (Pg. 135-144)
75. <https://www.sciencedirect.com/science/article/>
76. Sharma, A., Spahr, A., Dorman, M., Todd, W. (2002). *Early Cochlear Implantation in Children Allows Normal Development of Central Auditory Pathways*. Analys Ororhinolaringlogy <http://journals.sagepub.com/doi/abs/>
77. Silman, S. (1984). *Late-onset auditory deprivation: Effects of monaural versus binaural hearing aids*. The Journal of the Acoustical Society of America 76, 1357 (1984); <https://doi.org/10.1121/1.391451>
78. Sparrow, R. (2005). *Defending deaf culture: The case of cochlear implants*. Journal of Political Philosophy 13 (2):135–152 (2005) <https://philpapers.org/rec/SPADDC>

79. Stinson, M., Liu, Y. (1999) - *Participation of deaf and hard-of-hearing students in classes with hearing students*. Journal of deaf studies and deaf education - academic.oup.com
80. Theunissen, S. C., Rieffe, C., Netten, A.P., Braire, J. J., Soede, W., Kouwenberg, M., Frijns, J. H. (2014). *Self-esteem in hearing-impaired children: the influence on communication, education, and audiological characteristics*. PloS One 2014 Apr 10, 9 (4): e 94521 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
81. Vonen, A.M., Hyde, M., Hoie, G. (2007). *Bilingualism - a future asset in the education of socially deaf children, Constructing educational discourses on deafness*. Oslo, Norway Norwegian Government Printers, Skadalen Resource Centre (pg. 108-118) <https://academic.oup.com/jdsde/article/16/4/474/548933>
82. Vouloumonos, A., Werker, J.F. (2007). *Listening to language at birth: evidence for a bias for speech in neonates*. Dev Sci 2007 Mar, 10 (2): 159-64. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
83. Wallis, D., Musselman, C., MacKay, S. (2004). *Hearing mothers and their deaf children: the relationship between early, ongoing mode match and subsequent mental health functioning in adolescence*. J Deaf Studies Deaf Educ Winter, 9 (1): 2-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
84. Warner-Czyz, A.D., Loy, B., Roland, P.S., Tong, L., Tobey, E.A. (2009) *Parentversus child assessment of quality of life in children using cochlear implants*, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2009, vol.73 (pg.1423-1429) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
85. Wheeler, A., Archbold, S., Gregory, S., Skipp, A. (2007). *Cochlear implants: the young people's perspective*. Journal of Deaf Studies and Deaf Education , 2007, vol. 12 (pg. 303-316) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
86. Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A.L., Coulter, D. K., Mehl, A.L. (1998). *Language of early- and later-identified children with hearing loss*. Pediatrics 102 (5): 1161-71. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
87. Zand, D. H., Pierce, K. J. (2011). *Resilience in Deaf Children: Adaptation Through Emerging Adulthood*. Ed. Springer Science + Business Media, pp. 56 <https://books.google.ro/books>
88. <http://vreausaud.ro/intelegere-hipoacuzie/>

ANEXE

Anexa 1



Anexa 2



Investește în oameni!

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 – 2013

Axa priorităță nr. 1: "Educația și formarea profesională în sprijinul creșterii economice și dezvoltării societății bazate pe cunoaștere"

Domeniu major de intervenție: 1.5 "Programe doctorale și post-doctorale în sprijinul cercetării"

Titlul proiectului: Programe doctorale în avangarda cercetării de excelență în domeniul prioritare: sănătate, materiale, produse și procese inovative

Cod Proiect: 155631

Beneficiar: Universitatea de Medicina și Farmacie "Carol Davila" București

Partener 1: Universitatea din Petroșani

Partener 2: Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare Pentru Textile și Pielărie

Numărul de identificare al contractului: POSDRU/187/1.5/S/155631

TABEL NOMINAL PREMIANTI

Nr. crt.	Nume	Prenume	Punctaj final	Decizie
1	Cemea	Lucia Magdalena	31.25	se acorda premiu
2	Ciorea	Nicolae-Marian	29.33	se acorda premiu
3	Caraus	Madalina	27.50	se acorda premiu
4	Draghici	Alexandru	22.65	se acorda premiu
5	Vîrinceanu	Irina	22.00	se acorda premiu
6	Suba	Raluca Gabriela	20.33	se acorda premiu
7	Bobic	Simona	19.51	se acorda premiu
8	Filip	Cristina Iulia	19.20	se acorda premiu
9	Dumitrescu	Nicoleta	19.00	se acorda premiu
10	Manescu	Marius Andrei	18.50	se acorda premiu
11	Calugareanu	Mirela	17.56	se acorda premiu
12	Ciopasiu	Roxana Mihaela	17.33	se acorda premiu
13	Utu	Diana	17.20	se acorda premiu
14	Supeanu	Cernica Teodora	16.25	se acorda premiu
15	Edis	Mustafa	16.00	se acorda premiu
16	Mare	Ruxandra	16.00	se acorda premiu
17	Pleava	Roxana	15.78	se acorda premiu
18	Chirca	Elisa Madalina	15.66	se acorda premiu
19	Stanca	Ionut	15.66	se acorda premiu
20	Grama	Alina	14.83	se acorda premiu
21	Bartalis	Anne Marie	14.34	se acorda premiu
22	Balascau	Stefanita Bogdan	14.00	se acorda premiu
23	Morcov	Cristian Gabriel	14.00	se acorda premiu
24	Nica (Bondoc)	Elisa Venera	14.00	se acorda premiu
25	Mogos	Stefan	13.66	se acorda premiu

26	Jianu	Elena	13.50	se acorda premiu
27	Belega	Alexandra Florina	13.33	se acorda premiu
28	Berghi	Nicolae Ovidiu	13.00	se acorda premiu
29	Bociu	Alexandru Nicolae	13.00	se acorda premiu
30	Ciobanu	Liviu Mircea	13.00	se acorda premiu
31	Godra	Alexandru Catalin	13.00	se acorda premiu
32	Ghita (Nicolae)	Ana Cristina	12.33	se acorda premiu
33	Nasoiu	Luiza Ioana	12.33	se acorda premiu
34	Valcea Precup	Mures Sebastian	11.80	se acorda premiu
35	Vlasceanu	Laura Georgiana	11.80	se acorda premiu
36	Andrei	Gabriel Nicolae	11.47	se acorda premiu
37	Ciobota	Flaviu Otniel	11.25	se acorda premiu
38	Dobrin	Denisa	11.25	se acorda premiu
39	Gica	Maria Iulia	11.25	se acorda premiu
40	Micu	Iuliana	11.25	se acorda premiu
41	Munteanu	Oana Raluca	11.25	se acorda premiu
42	Mihai	Lidia Felicia	11.21	se acorda premiu
43	Ivascu	Catalin Constantin	11.00	se acorda premiu
44	Stoenescu (Neagu)	Alina Cristina	11.00	se acorda premiu
45	Stoica	Alexandra Raluca	11.00	se acorda premiu
46	Anghelache	Iliuta Laurentiu	10.65	se acorda premiu
47	Didaskalou	Sorina	10.33	se acorda premiu
48	Lipan (Buescu)	Elena	10.33	se acorda premiu
49	Mateescu	Tudor	10.33	se acorda premiu
50	Munteanu	Vlad Georgian	10.33	se acorda premiu
51	Radu Enache	Georgiana Mihaela	10.33	se acorda premiu
52	Ungureanu	Andrei Cristi	10.33	se acorda premiu
53	Wagner	Andreea Gabriela	10.33	se acorda premiu
54	Jantea	Petruta Vioeta	10.20	se acorda premiu
55	Tudor	Ruxandra Georgiana	10.00	se acorda premiu
56	Stoica	Laurian	9.80	nu se acorda premiu
57	Raileanu (Bejenaru)	Irina Mihaela	9.57	nu se acorda premiu
58	Dumitrascu	Oana Andreea	9.50	nu se acorda premiu

Anexa 3

MED-EL			
Title of Poster	Author	Place	Points
The role of creative therapies in rehabilitation of children with cochlear implant	Magda Cernea Alexandra Neagu	3	27
Can GJB2 Mutations Predict Cochlear Implant Outcomes	Cristian Martu	2	29
The Cochlear Implant in Children With Deafness in the Republic of Moldova Challenges and Perspectives	Angelina Chiaburu	4	24
The role of auditory nerve response telemetry in otoaudiology	Dalibor Matkovic	1	103

19th–21st October 2017
Iasi, Romania
supported by Spitalul Clinic de Recuperare Iasi under the patronage of Dr. Luminita Rădulescu

Anexa 4

CONSIMȚĂMÂNT

Numele copilului

Data nașterii

Data/datele implantării cohleare

Data/datele protezării auditive

Adresa de domiciliu

Numele părintelui

Data nașterii

Act de identitate : CI/BI Serie Nr.

Adresa de domiciliu

Meseria

Prin acest formular vă invităm să fiți de acord cu participarea copilului dumneavoastră la un studiu de cercetare. Înainte de a lua parte la acest studiu, acesta vă va fi explicat și veți putea pune întrebări.

Vă rugăm să citiți cu atenție informațiile furnizate. Înainte de a decide dacă el va participa sau nu, va trebui să înțelegeți scopul, utilitatea, riscurile și ce aveți de făcut în legătură cu acest studiu. Dacă veți fi de acord să participați, vă rugăm să semnați formularul de consimțământ informat. Dacă nu veți semna acest formular, copilul dumneavoastră va putea participa în continuare la procesul terapeutic dar nu ca parte a acestui studiu. Veți primi o copie semnată a acestui document.

Informații despre studiu

Titlul studiului: Tehnici complementare de reabilitare auditiv-verbală comunicațională post-implant cochlear

Cercetător principal :

Cerneanu Lucia Magdalena, U.M.F „Carol Davila” București, tel : 0724031480)

Scopul cercetării :

Sunteți invitat să fiți de acord cu participarea copilului dumneavoastră la un studiu de cercetare privind tehniciile de reabilitare auditiv-verbală comunicațională post-implant cochlear. Sperăm să aflăm noi metode menite să contribuie la îmbunătățirea comunicării

copilor hipoacuzici în urma implantării coahleare. Copilul dumneavoastră a fost selectat ca un posibil subiect al acestui studiu deoarece este purtător de implant cohlear/purtător de aparate auditive convenționale/are auz normal.

Unul dintre obiectivele studiului este acela de a alcătui grupuri de terapie mixte, formate din copii hipoacuzici purtători de implant cohlear sau de aparate auditive convenționale alături de copii cu auz normal. Metodele terapeutice utilizate vor fi cele ale terapiei prin joc și dramaterapiei. Se dorește îmbunătățirea mijloacelor de comunicare, a calității vieții copiilor purtători de implant cohlear în comunitatea copiilor auzitoro, valorizarea lor, creșterea stimei de sine, stimularea abilităților de comunicare și conștientizarea nevoilor acestor copii de către familiile și comunitățile din care fac parte.

Grupele de vârstă vor fi împărțite astfel: 3-6 ani, 7-10 ani, 10-13 ani și 14-18 ani.

Fiecare grup constituie va beneficia de 15 întâlniri (câte una pe săptămână care va dura între 60 și 90 de minute) în funcție de vârstă participanților și de nevoile grupului.

Fiecare ședință de terapie (care va dura 60 de minute) va fi structurată în trei părți esențiale iar timpul alocat fiecărei părți va fi împărțit astfel:

- 1) formula de început și activitățile de încălzire (15 min)
- 2) activitățile propriu-zise destinate temei întâlnirii respective (30 min)
- 3) activitățile și formula de încheiere (15 min).

Timpul ședințelor cu durata de 90 de minute va fi împărțit în mod similar (mărind durata celor 3 părți astfel: 20minute - 50minute - 20minute)

La începutul primei sesiuni se vor stabili de comun acord regulile grupului, care vor fi reamintite la fiecare întâlnire, pentru a putea asigura un cadru cât mai securizant pentru toți participanții la grup. Această manieră de desfășurare a sesiunilor va obișnui copiii cu un cadru predictibil menit să le ofere încredere. De asemenea finalul întâlnirilor va fi marcat de fiecare dată în mod specific, pentru a facilita ieșirea din activitatea jocului sau din cea a realității dramatice.

Această structură va fi modificată în cazul grupurilor de copii cu care se va lucra în taberele de implant cohlear unde activitățile vor fi zilnice, timp de o săptămână (de două ori în fiecare zi). Încheierea terapiei va fi marcată de un spectacol de teatru sau de o prezentare care se va desfășura în fața părinților, rudenilor, prietenilor, colegilor, specialiștilor, educatorilor și profesorilor.

Tehnicile de lucru vor fi cele specifice terapiei prin joc și drama terapiei: desen, pictură, modelaj în lut și plastilină, jocul cu miniaturi, mânuirea marionetelor, jocul cu

nisip, stimularea multi senzorială, confectionarea și pictarea măștilor, jocurile de rol, povești terapeutice, tehnici de teatru, tehnici de improvizație.

Activitățile se vor desfășura în mai multe locații: Secția 6 de recuperare a copiilor cu dizabilități audio-verbale (grădinița „Ciuboțica Cucului”) secție externă a I.F.A.C.F – O.R.L „Prof. Dr. Dorin Hociotă” din București, Spitalul de urgență pentru copii „Marie Curie”, clinica „Otomed Medical Center” și taberele naționale de implant cohlear.

Cercetătorul împreună cu o echipă de voluntari profesioniști (psihologi sau logopezi), se vor deplasa în locațiile amintite, în funcție de necesități, având la îndemână toate materialele și instrumentele necesare derulării activităților în cele mai bune condiții.

Responsabilitățile din timpul studiului

Dacă veți fi de acord cu participarea copilului dumneavoastră la acest studiu va trebui să:

- Respecte programările sesiunilor de lucru
- Informați cercetătorul despre orice efect terapeutic nedorit, cât mai repede posibil

Retragerea din cadrul studiului

Puteți să vă retrageți copilul oricând din studiu, fără ca el sau dumneavoastră să aveți de suferit vreun prejudiciu. Dacă veți hotărî să nu mai participați la acest studiu va trebui să comunicați aceasta cercetătorului principal.

Cercetătorul principal poate opri participarea copilului dumneavoastră la studiu în orice moment pentru unul sau mai multe din următoarele motive:

- Neîndeplinirea instrucțiunilor
- Cercetătorul principal decide că participarea la studiu i-ar putea dăuna
- Anularea studiului
- Alte motive administrative

Informațiile colectate până la data retragerii pot fi folosite în continuare.

Conform uzanțelor, veți putea afla informațiile din înregistrările personale. Totuși, informațiile și înregistrările legate strict de studiu și care sunt păstrate separat nu vor fi disponibile până la încheierea acestuia. Dacă doriți să aflați aceste informații după terminarea studiului va trebui să solicitați aceasta cercetătorului principal.

Aspectele experimentale

Studiul are loc deoarece terapia prin joc și dramaterapia nu fac parte încă din terapiile copiilor hipoacuzici implantați cohlear. Sperăm că participarea copilului dumneavoastră ne va ajuta să determinăm dacă terapia prin joc și dramaterapia sunt egale

sau superioare terapiilor deja existente. Cu toate că terapia prin joc și dramaterapia ar putea fi incluse în terapia standard, în acest studiu ele sunt utilizate în scopuri de cercetare.

Riscurile posibile

Copiii care participă la sesiunile terapeutice vor avea activități diverse, care implică folosirea diverselor materiale cum ar fi: apă, nisip, făină, lut, plastelină, vopsele, creioane colorate, carioci, materiale textile. Trebuie avut în vedere riscul fizic, deși minor, de a înghiți mici părți sau fragmente din aceste materiale. De asemenea trebuie să știi faptul că anumite activități presupun mișcare corporală ceea ce, deși puțin probabil, pot duce uneori la vătămări ușoare. În eventualitatea în care apar aceste aspecte neprevăzute, adulții care conduc și supervizează sesiunile terapeutice sunt pregătiți să intervină în consecință.

În ceea ce privește riscul psihologic, este posibil ca în timpul sesiunilor de terapie copiii să manifeste emoții puternice pe care să le exprime în diferite moduri. Specialiștii care facilitează întâlnirile terapeutice vor coordona activitățile în aşa fel încât copilul (copiii) în cauză să și toți ceilalți participanți ai grupului, să se simtă în deplină siguranță fizică și psihologică.

Beneficii potențiale

Beneficiile studiului sunt certe având în vedere că la ora actuală în România nu există nici o cercetare care să facă referire la aspectele psihologice ale copiilor hipoacuzici purtători de implant cochlear sau la metodele terapeutice care i-ar putea ajuta din acest punct de vedere.

Copiii participanți la studiu, la solicitarea lor sau a familiei lor, vor putea beneficia în mod gratuit de consiliere psihologică individuală în primul an de la încheierea terapiei de grup.

Alternative

Alternative la terapia prin joc și la dramaterapie sunt terapiile care au aceeași bază conceptuală, cum ar fi art-terapia sau terapia prin dans și mișcare.

Costul participării

Participanții la studiu vor participa gratuit la ședințele terapeutice de grup. Gratuitatea se va asigura și în primul an de la încheierea cercetării, în cazul în care copiii sau familiile solicită terapie individuală.

Compensații

Fiecărui copil care participă la sesiunile terapeutice de grup i se asigură transportul gratuit (dus-întors) alături de un părinte/însoțitor.

Confidențialitate

Informațiile obținute în urma cercetării vor fi puse la dispoziția familiilor copiilor participanți la studiu. Consumările de a folosi rezultatele, fotografiile și filmele înregistrate în timpul sesiunilor terapeutice (cu ocazia diverselor sesiuni științifice, publicării articolelor, participării la congresele de specialitate), se va face în scris, în mod explicit. În acest fel se va păstra confidențialitatea datelor.

Noi descoperiri

În cazul în care rezultatele cercetării sunt făcute publice, copiii și familile lor vor fi înștiințate cu privire la acest aspect și doar de comun acord, vor fi amintite numele copiilor participanți la studiu, în semn de recunoaștere și prețuire a meritului lor de a contribui la progresul științei.

Persoane de contact în cazul în care aveți întrebări

Dacă aveți întrebări privind acest studiu, drepturile dumneavoastră sau în cazul apariției oricărui complicații, puteți contacta cercetatorul principal Cernea Lucia Magdalena – tel: 0724031480.

Dacă aveți întrebări despre studiu și drepturile dumneavoastră ca participant, puteți solicita lămuriri de la comitetul de etică, care a verificat și aprobat studiul.

Data:

Nume/prenume investigator
Semnătură investigator

Nume/prenume copil
Semnătură copil

Nume/prenume părinte/tutore
Semnătură părinte/tutore

Anexa 5

FORMULAR
CORPORALITATE-PROIECTIE-ROL

Numele copilului**Numele observatorului**

Sesiune								0	1	2	3	4	5
Data													
CORPORALITATE													
1. Atingere, contact vizual													
2. Orientare spațială													
3. Lucrul cu/împotriva													
4. Corpul în ansamblu													
5. Părțile corpului													
6. Imagine corporală/Imagine de sine													
7. Mimică, inovație													
8. Altele													
PROIECTIE													
1. Nisip/Nisip și apă													
2. Lut/Plastelină													
3. Creioane colorate/carioci													
4. Pictură (cu degetele/cu pensula)													
5. Detaliu/Imagine de ansamblu													
6. Jucării unice/Jucării mari													
7. Mediul *													
8. Altele													
ROL													
1. Mișcare corporală/gesturi													
2. Sunet/vorbire													
3. Mimică/Inovație													
4. Scurt/Susținut													
5. Relația cu alt rol													
6. Dezvoltarea rolului													
7. Scenă/Dezvoltarea situației													
8. Altele													
Observații generale													

* case construite din cutii și materiale diferite

Anexa 6

Testul Jones

	INTERACTIUNE				
Depresie	Eutimie				
	Distructiv/ Protagonist	Retras	Timid/Participativ	Activ	
Capacitate de relaționare	Colaborare				
	Nu colaborează	Execută	Discută ideile	Elaborează idei creative	Are sugestii, propune
	INTERPRETARE				
Integrarea caracteristicilor personale, flexibilitate, adaptabilitate	PERSONAJ - Note				
	MODALITATEA DE A FACE ALEGERI				
	Întâmplătoare	Negociere cu grupul	Alegeea rolului	Atribuirea unui rol	Atribuirea unui rol de către terapeut
Capacitate de concentrare	FOCUS				
	Costant	Flutuant	Superficial	Absent	
Empatia	DISTANȚA				
	Interpretare totală	Doar interpretare verbală	El însuși cu mici variații	El însuși	
Nivelul de flexibilitate/anxietate	UTILIZÂND CORPUL				
	Rigid, ticuri repetitive		Obisnuit, cotidian	Fluid	Molatèc

Anexa 7

Mai jos aveți o listă care descrie comportamentele copilului. Pentru fiecare descriere care caracterizează copilul **acum sau în ultimele 6 luni** încercuiți cifra 2 dacă descrierea este **foarte adevarată sau adesea adevarată**. Încercuiți 1 dacă este **uneori adevarată** și 0 dacă **nu este adevarată**. Răspundeți la toate afirmațiile cătă bine puteți, chiar dacă unele nu se aplică și copilul u dvs.

0=FALS	1=INTRUCAȚIA ADEVĂRAT sau UNEORI ADEVĂRAT	2=FOARTE ADEVĂRAT sau ADESEA ADEVĂRAT
0 1 2	1. Se comportă imatur pentru vîrstă lui/ei	0 1 2 32. Cred că trebuie să fie perfectă
0 1 2	2. Consumă alcool fără acordul parintilor (descrie): _____	0 1 2 33. Cred că se plânge că nimic nu îl cîlbește
0 1 2	3. Se ceară adesea	0 1 2 34. Are impresia că ceilalți au ceva cu el/ei
0 1 2	4. Nu termină ceea ce a început	0 1 2 35. Se simte inferioritar sau fără valoare
0 1 2	5. Se bucură de obiecte luxuri	0 1 2 36. Se rănește des, este predispus/ă la accidente
0 1 2	6. Face caca în afara toaletei	0 1 2 37. Se bată cu ceilalți
0 1 2	7. Elăudăros/basă, se dă mare	0 1 2 38. Este deseori tăchită
0 1 2	8. Nu se poate concentra, nu își poate menține atenția pentru mult timp	0 1 2 39. Își petrece timpul cu persoane care intră în neacuzuri, bădiciun
0 1 2	9. Nu își poate scoate din minte anumite lucuri, are obsesi (descrie): _____	0 1 2 40. Audie sunete sau voci care nu există (descrie): _____
0 1 2	10. Nu poate să înțeleagă, este neastămpărată sau hiperactivă	0 1 2 41. Este impulsivă, acționează fără să gândească
0 1 2	11. Se agăță de adulți, este prea dependentă	0 1 2 42. Preferă să fie singură, decât în compania celor alții
0 1 2	12. Se plânge de singurătate	0 1 2 43. Minte sau înțelă
0 1 2	13. E confuz sau pare a fi „în ceajă”	0 1 2 44. Își roade unghile
0 1 2	14. Plânge mult	0 1 2 45. Este nervosă, instabilă sau tensioană
0 1 2	15. Se poartă crud cu animalele	0 1 2 46. Are mișcări nervoase, brûgle sau contracturi (descrie): _____
0 1 2	16. Este crudă, răulădoasă/oașă, îl terorizează pe alții	0 1 2 47. Are coșmaruri
0 1 2	17. Vibiază cu ochii deschisi sau se pierde în gânduri	0 1 2 48. Nu este plăcută de ce lață copii
0 1 2	18. Se rănește intențional sau încearcă să se sinucidă	0 1 2 49. Este constipație
0 1 2	19. Cere multă atenție	0 1 2 50. Este prea fricos/ă/încoasă sau anxio/ă/anxiosă
0 1 2	20. Își distrug propriile lucruri	0 1 2 51. Se simte amețită sau căpătită
0 1 2	21. Distrug lucrurile altora	0 1 2 52. Se simte prea vinovată
0 1 2	22. Enescutător/ocare acasă	0 1 2 53. Mânără prea mult
0 1 2	23. Enescutător/ocare la școală	0 1 2 54. Se simte obosită fără motiv
0 1 2	24. Nu mânără bine	0 1 2 55. E supraponderală
0 1 2	25. Nu se înțelege cu alții copii	0 1 2 56. Are probleme fizice, fără cauze medicale cunoscute
0 1 2	26. Nu se simte vinovată după ce a avut un comportament neadecvat	a) Durere (excludând durerea de stomac sau de cap)
0 1 2	27. Egocentrică	b) Durere de cap
0 1 2	28. Încalcă regulile de acasă, din școală și alte locuri	c) Greșă, senzatie de rău
0 1 2	29. Își este frică de anumite animale, situații sau locuri (altele decât școală), (descrie): _____	d) Probleme de vedere (necorectate cu ochelari) (descrie): _____
0 1 2	30. Își este frică să meargă la școală	0 1 2 e) Urticarie sau alte probleme dermatologice
0 1 2	31. Își este frică ca ar putea găndi sau face ceva rău	f) Durere de stomac
		0 1 2 g) Vomita
		0 1 2 h) Altele (descrie): _____

Asigurați-vă că ați răspuns la toți itemii apoi treceți la pagina următoare

Pagina 3

0=FALS			1=ÎNTRUCÂTVA ADEVÂRAT sau UNEORI ADEVÂRAT			2=FOARTE ADEVÂRAT sau ADESEA ADEVÂRAT		
0	1	2	57. Atacă fizic alte persoane			0	1	2
0	1	2	58. Se clujește de nas, plele sau alte părți ale corpului (descrie):			84. Se comportă ciudat (descrie):		
0	1	2	59. Se joacă cu organele genitale în public			85. Are excedudate (descrie):		
0	1	2	60. Se joacă excesiv cu organele genitale					
0	1	2	61. Are performanțe școlare slabe			86. El încâpăjanătă, morocănos/oasă, irabilă		
0	1	2	62. Are coordonarea slabă, este neîndemnătoare			87. Trece brusc de la o stare emoțională la alta		
0	1	2	63. Preferă compania copiilor mai mari			88. Se boala de sănătate		
0	1	2	64. Preferă compania copiilor mai mici			89. Esuspicios/oasă		
0	1	2	65. Refuză să vorbească			90. Înjură sau folosește cuvinte obscene		
0	1	2	66. Repetă anumite activități, este compusiv (descrie):			91. Vorbește despre sinucidere		
0	1	2	67. Fuge de acasă			92. Vorbește sau merge în somn (descrie):		
0	1	2	68. Trăpește mult					
0	1	2	69. Are multe secrete, păstrează lucrurile pentru el/ea			93. Vorbește prea mult		
0	1	2	70. Vede lucruri care nu există (descrie):			94. Îl nevoie să le dă mult pe atât		
						95. Prezintă accese de funcție; își pierde ușor cumpărături		
0	1	2	71. Este autocritică sau se jenează ușor			96. Se gândește prea mult la sex		
0	1	2	72. Incendiază			97. Amenință oamenii		
						98. Își suge degetul		
0	1	2	73. Are probleme sexuale (descrie):			99. Fumează, măsoară sau rănează lutun		
0	1	2	74. Bravăza, face pe butonul, se dă în spectacol			100. Are probleme de somn (descrie):		
0	1	2	75. E prea rusinos/oasă sau timidă			101. Chiulează sau lipsește nemotivat de la școală		
0	1	2	76. Doarme mai puțin decât majoritatea copiilor			102. Este lentă, se mișcă încet, îl lipsește energia		
						103. Eneferentă, tristă sau deprimată		
0	1	2	77. Doarme mai mult decât majoritatea copiilor altă ziua, că și/sau noaptea (descrie):			104. Vorbește prea tare, e săriaginoasă		
						105. Consumă medicamente în scopuri non-medcale sau droguri (nu includeți tutunul și alcoolul) (descrie):		
0	1	2	78. E neatențios sau ușor distractă de destinații din mediu					
0	1	2	79. Are dificultăți de vorbire (descrie):			106. A făcut acte de vandalism		
						107. Face pipi pe el/ea zilnic		
0	1	2	80. Priveliște îngol			108. Face pipi pe el/ea în pat		
0	1	2	81. Fură din casă			109. Se smocăie		
0	1	2	82. Fură din afara casei			110. Își dorește să aparțină sexului opus		
						111. Este retrasă, nu se implica în activități cu alții		
0	1	2	83. Păstrează o mulțime de lucruri de care nu are nevoie (descrie):			112. Își face prea multe griji		
						113. Vă rugăm notați alte probleme ale copilului, care nu au fost surprinse de afirmațiile anterioare.		
0	1	2						
0	1	2						

Asigurați-vă că ați răspuns la toți itemii

Pagina 4

Anexa 8

0=FALS			1=INTRUCAȚIVA ADEVĂRAT sau UNEORI ADEVĂRAT			2=FOARTE ADEVĂRAT		
0	1	2	57. Atac fizic alle persoane:	0	1	2	84. Fac lucruri despre care alii le consideră că sunt ciudate (descrie):	
0	1	2	58. Mă ciupesc de nas, piele sau alte părți ale corpului (descrie):	0	1	2	85. Am idei pe care alii le consideră ciudate (descrie):	
0	1	2	59. Pot fi foarte prietenos/obasă	0	1	2	86. Sunt încâpăjnită, morocânos/obasă, întărită	
0	1	2	60. Îmi place să încerc lucruri noi	0	1	2	87. Trebuie să lucrez la o stare emoțională la altă	
0	1	2	61. Am performanțe școlare slabă	0	1	2	88. Îmi place compania camenilor	
0	1	2	62. Am coordonare slabă, suntem în demnitate/ă	0	1	2	89. Sunt suspicioș/suspicioasă	
0	1	2	63. Prefer compania copiilor mai mari	0	1	2	90. Înjur sau folosesc cuvinte obscene	
0	1	2	64. Prefer compania copiilor mai mici	0	1	2	91. Mă gândesc să mă sinucid	
0	1	2	65. Refuz să vorbesc	0	1	2	92. Îmi place să îl fac pe altii să rădă	
0	1	2	66. Repet anumite activități, mereu (descrie):	0	1	2	93. Vorbesc prea mult	
0	1	2	67. Fug de acasă	0	1	2	94. Înecăcesc mult pe alii	
0	1	2	68. Tip foarte mult	0	1	2	95. Am accesese de furie	
0	1	2	69. Am multe secrete, păstrez lucrurile pentru mine	0	1	2	96. Mă gândesc prea mult la sex	
0	1	2	70. Văd lucruri despre care alii spun că nu există (descrie):	0	1	2	97. Ameninț cameni	
0	1	2	71. Sunt auto critică sau mă jenez ușor	0	1	2	98. Îmi place să îl traiu pe altii	
0	1	2	72. Incendiez	0	1	2	99. Fumez, mesc sau inhalez tutun	
0	1	2	73. Sunt îndemnătă	0	1	2	100. Am probleme de somn (descrie):	
0	1	2	74. Bravăz, fac pe buforul, mă dau în spectacol	0	1	2	101. Chiulesc sau lipsesc nemotivat de la școală	
0	1	2	75. Sunt prea rușinos/loșă sau timidă	0	1	2	102. Îmi lipsește energia	
0	1	2	76. Dorm mai puțin decât majoritatea copiilor	0	1	2	103. Sunt nerentă/ă, tristă sau deprimată	
0	1	2	77. Dorm mai mult decât majoritatea copiilor zisă, și/sau n-o capăte (descrie):	0	1	2	104. Sunt mai gălogos decât alii copii	
0	1	2	78. Sunt înnealță sau ușor distrasă de stimuli din mediu	0	1	2	105. Consum medicamente sau droguri în scopuri non-medcale (nu include tutunul și alcoolul) (descrie):	
0	1	2	79. Am dificultăți de vorbire (descrie):	0	1	2	106. Îmi place să fiu corect fată de alii	
0	1	2	80. Îmi apar cutări de reputație	0	1	2	107. Savurez o oglindă bună	
0	1	2	81. Fur din casă	0	1	2	108. Îmi place să iau viață în gume/ cu seninată	
0	1	2	82. Fur din afara casei	0	1	2	109. Încerc să îl ajut pe altii când pot	
0	1	2	83. Păstrez o mulțime de lucruri de care nu am nevoie (descrie):	0	1	2	110. Îmi doresc să aparțin sexului opus	
0	1	2		0	1	2	111. Sunt retrăsă, nu mă implic în activități alături de alii	
0	1	2		0	1	2	112. Îmi fac prea multe griji	
Verifică dacă ai răspuns la toți itemii.								
Notează orice consideri că descrie cel mai bine sentimentele tale, comportamentul tău sau interesele pe care le ai.								