

**UNIVERSITATEA LIBERĂ INTERNAȚIONALĂ DIN MOLDOVA**

Cu titlu de manuscris



C.Z.U.: 316.614 – 056.264 (043.3)

**POPESCU OFELIA**

**INTEGRAREA SOCIALĂ A COPIILOR CU TULBURĂRI DE  
LIMBAJ**

**511.03 – PSIHOLOGIE SOCIALĂ**

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:  Rusnac Svetlana, doctor în psihologie,  
conferențiar universitar, 

Autor:



Popescu Ofelia

**CHIȘINĂU, 2019**

© Popescu Ofelia, 2019

## CUPRINS

<b>ADNOTARE (română, rusă, engleză)</b> .....	<b>5</b>
<b>LISTA TABELELOR</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTA FIGURILOR</b> .....	<b>10</b>
<b>LISTA ABREVIERILOR</b> .....	<b>12</b>
<b>INTRODUCERE</b> .....	<b>13</b>
<b>1. ABORDAREA TEORETICĂ A INTEGRĂRII SOCIALE A COPILULUI CU TULBURĂRI DE LIMBAJ</b> .....	<b>23</b>
1.1. Perioade sensibile în dezvoltarea limbajului importante pentru dezvoltarea și integrarea socială a copilului .....	<b>23</b>
1.2. Integrarea socială a copilului: conținut și factori favorizanți/perturbatori.....	<b>32</b>
1.3. Importanța relațiilor cu mediului imediat pentru integrarea socială a copilului cu tulburări de limbaj .....	<b>43</b>
1.4. Concluzii la capitolul 1 .....	<b>50</b>
<b>2. DIMENSIUNILE INTEGRĂRII SOCIALE A COPIILOR CU TULBURĂRI DE LIMBAJ (CERCETARE EXPERIMENTALĂ DE CONSTATARE)</b> .....	<b>52</b>
2.1. Organizarea cercetării experimentale: materiale și metode .....	<b>52</b>
2.2. Capacitățile intrapersonale și interpersonale de integrare socială a copiilor cu tulburări de limbaj .....	<b>63</b>
2.3. Manifestarea reticenței sociale și statutul copilului cu tulburări de limbaj în grupul de egali.....	<b>75</b>
2.4. Concluzii la capitolul 2 .....	<b>85</b>
<b>3. INTERVENȚIA AMELIORATIVĂ PRIN PROGRAMUL DE INTEGRARE SOCIALĂ A COPIILOR ȘI DE TERAPIE A TULBURĂRILOR DE LIMBAJ (PISC-TTL)</b> .....	<b>87</b>
3.1. Repere teoretico-conceptuale, metodologia și conținutul PISC-TTL.....	<b>87</b>
3.2. Rezultatele PISC-TTL pentru integrarea socială prin dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale, diminuarea reticenței sociale și terapia tulburărilor de limbaj .....	<b>97</b>
3.3. Rolul PISC-TTL în optimizarea nivelului general de dezvoltare a copiilor cu tulburări de limbaj în debutul școlarității .....	<b>119</b>
3.4. Concluzii la capitolul 3 .....	<b>131</b>
<b>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI</b> .....	<b>133</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>136</b>
<b>ANEXE</b> .....	<b>153</b>
Anexa 1. Bateria de instrumente de cercetare .....	<b>153</b>
Anexa 2. Caracteristici demografice ale participanților la cercetare (copii și adulți) .....	<b>167</b>

Anexa 3. Testul T al semnificației diferenței dintre scorurile medii ale indicatorilor capacităților intrapersonale de integrare în grup a copiilor cu TL în funcție de gen .....	168
Anexa 4. Analiza diferențială în raport cu tipul de dislalie a scorurilor indicatorilor capacităților intrapersonale de integrare în grup a copiilor cu TL.....	169
Anexa 5. Corelația dintre condiția familială și capacitățile intrapersonale ale copiilor cu TL.....	170
Anexa 6. Analiza comparată a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu și fără TL .....	170
Anexa 7. Analiza comparată în raport cu tipul de dislalie a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu TL .....	172
Anexa 8. Analiza comparată în raport cu genul a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor.....	172
Anexa 9. Analiza corelațională a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu TL.....	172
Anexa 10. Analiza comparată a scorurilor reticenței sociale .....	173
Anexa 11. Programul PISC-TTL.....	175
Anexa 12. Acordurile necesare pentru implementarea intervenției ameliorative.....	183
Anexa 13. Diferențe în capacitățile de integrare socială ale copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL .....	186
Anexa 14. Diferențe în capacitățile de integrare socială ale copiilor cu TL mono- și polimorfă.....	188
Anexa 15. Diferențe în capacitățile de integrare socială ale copiilor cu TL în funcție de gen .....	190
<b>DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII .....</b>	<b>192</b>
<b>CV-ul AUTORULUI .....</b>	<b>193</b>

## ADNOTARE

**Popescu Ofelia, Integrarea socială a copiilor cu tulburări de limbaj. Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2019**

**Structura tezei.** Teza conține: introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 208 titluri, 15 anexe, 135 de pagini de text de bază, 30 de tabele și 33 figuri. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

**Cuvinte-cheie:** capacități intra-, interpersonale și de deschidere socială, egalizare cu semenii, integrare socială, mediu social imediat, perioade critice, perioade sensibile, reticență socială, statut în grupul de egali, tulburare de limbaj.

**Scopul lucrării:** identificarea, măsurarea și aprecierea capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială în vederea integrării sociale a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității, și dezvoltarea lor în vederea egalizării cu semenii fără TL.

**Obiectivele cercetării:** sistematizarea informațiilor existente în literatura de specialitate cu privire la semnificația conceptului de integrare socială în copilărie și definirea conținutului specific al acestui concept pentru vârsta debutului școlarității în condițiile TL în categorii de variabile intrapersonale, interpersonale și de deschidere socială; identificarea aspectelor definitorii ale integrării sociale a copiilor în condițiile TL, elaborarea unui model al raportului dintre capacitățile intrapersonale, interpersonale și de deschidere socială cu nivelul de integrare socială a copilului cu TL aflat în debutul școlarității și verificarea lui experimentală; verificarea valenței diagnostic-prognostică a metodelor și instrumentelor de evaluare a categoriilor de variabile ale integrării sociale; elaborarea Programului de integrare socială a copiilor și terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL) care implică manipularea experimentală a variabilelor definitorii pentru integrarea socială a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității și evaluarea impactului optimizator al PISC-TTL asupra funcționării psihosociale a copilului cu TL.

**Noutatea și originalitatea științifică.** Pentru prima dată în spațiul românesc au fost delimitate variabilele și elaborat un model al capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială asociate integrării sociale a copiilor cu TL în debutul școlarității, prin cercetare experimentală au fost stabilite coordonatele relației complexe dintre integrarea socială și TL prin evaluarea acestor capacități. A fost elaborată și aplicată metodologia intervenției ameliorative cu scopul și finalitatea în egalizarea nivelului integrării sociale a copiilor cu TL cu cel al semenilor fără TL.

**Rezultatele cercetării obținute care contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante** constau în elaborarea modelului integrării sociale a copiilor cu TL la vârsta debutului școlarității și identificarea, evaluarea și determinarea capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială raportate pozitiv la integrare, ceea ce a contribuit la întocmirea și implementarea PISC-TTL cu impact în egalizarea nivelului integrării sociale a copiilor cu TL cu cel al copiilor fără TL.

**Semnificația teoretică** constă în prezentarea unui model original al capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială în vederea integrării sociale a copiilor cu TL în perioada de debut al școlarității; definirea conținutului specific pentru categoria de copii cu TL al noțiunii de integrare socială în termeni de dezvoltare a acestor capacități, diminuare a reticenței sociale și sporire a statutului sociometric în grupul de egali; fundamentarea unei concepții integratoare asupra programului de integrare socială a copiilor și TTL cu finalitate în egalizarea nivelului integrării sociale a subiecților cu TL cu cel al semenilor fără TL.

**Valoarea aplicativă.** Modelul capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și de egalizare a copiilor prin programul PISC-TTL pot servi specialiștilor consilieri școlari, psihologi clinicieni, psihologi școlari, psihopedagogi, logopezi etc., în cercetare, drept bază pentru proiecte educaționale și programe specializate destinate facilitării integrării sociale a copiilor cu nevoi speciale în perioada debutului școlarității.

**Implementarea rezultatelor științifice.** Rezultatele obținute au fost discutate și aprobate în cadrul Catedrei Psihologie și Științe ale Educației, ULIM, utilizate în activitatea profesională din cadrul CLI-Școala Gimnazială „Constantin Brâncuși” din Târgu Jiu și promovate în 10 instituții educaționale din județul Gorj, au fost prezentate în cadrul Comisiei metodice a CLI din CJRAE-GORJ, în cadrul Cercurilor pedagogice județene și interjudețene (Gorj, Mehedinți, Dolj, Caraș-Severin). O parte din rezultatele obținute au fost incluse în comunicări științifice prezentate la 25 manifestări științifice și în 14 lucrări științifice publicate.

## АННОТАЦИЯ

### **Попеску Офелия, Социальная интеграция детей с нарушениями речи. Диссертация на соискание степени доктора психологии. Кишинэу, 2019**

**Структура работы.** Диссертация состоит из введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 208 наименований, 15 приложений, 135 страниц основного текста, 30 таблиц и 33 рисунка. Результаты исследования опубликованы в 14 научных трудах.

**Ключевые слова:** внутриличностные и межличностные способности, социальная открытость, уравнивание со сверстниками, социальная интеграция, непосредственная социальная среда, критические и сенситивные периоды, социальное дистанцирование, статус в группе сверстников, нарушения речи.

**Цель работы:** выявить, измерить и оценить внутриличностные и межличностные способности, социальную открытость как факторы социальной интеграции детей с нарушениями речи в начале школьного обучения, развить данные способности для достижения уровня сверстников без нарушений речи.

**Задачи исследования:** систематизация имеющейся в литературе информации о социальной интеграции в детском возрасте и определение специфики содержания этого понятия для возраста начала школьного обучения в условиях нарушения речи с точки зрения трех категорий переменных (внутриличностных и межличностных способностях, социальной открытости); экспериментальное выявление определяющих аспектов социальной интеграции детей с нарушениями речи путем исследования взаимосвязи между внутри- и межличностными способностями, социальной открытостью и уровнем социальной интеграции; проверка диагностико-прогностической обоснованности методов и техник оценки категорий переменных социальной интеграции; разработка и применение программы PISC-TTL, включающей экспериментальное развитие определяющих переменных с целью социальной интеграции и оценку оптимизирующего воздействия на психосоциальное функционирование ребенка с нарушениями речи.

**Новизна и научная оригинальность.** Впервые в румынских исследованиях были разграничены переменные и составлена модель внутри- и межличностных способностей, а также социальной открытости, определяющих социальную интеграцию детей с нарушениями речи, находящихся на этапе начала школьного обучения. Были выявлены экспериментальным путем многогранности связи между социальной интеграцией и нарушениями речи, социальным статусом в группе сверстников и реакцией социальной среды на данную категорию детей. Была разработана и применена методология корректирующего воздействия с целью выравнивания уровня социальной интеграции детей с нарушениями речи и без речевых нарушений.

**Результаты исследования, которые способствуют решению важной научной проблемы,** заключаются в разработке модели социальной интеграции детей с нарушениями речи в возрасте начала обучения в школе, а также в выявлении, оценке и определении внутриличностных способностей, способностей к межличностному общению и социальной открытости, способствующих интеграции, что содействовало разработке и проведению программы PISC-TTL, в результате которой был достигнут уровень социальной интеграции детей с нарушениями речи равный уровню детей без нарушений речи.

**Теоретическая значимость** состоит в апробации модели внутриличностных способностей, способностей к межличностному общению и социальной открытости, способствующих социальной интеграции детей с нарушениями речи в начале школьного обучения; определении специфического содержания концепции социальной интеграции детей с нарушениями речи, предполагающей развитие этих способностей, уменьшение социального дистанцирования и повышение социометрического статуса в группе сверстников; аргументирование роли комплексной программы социальной интеграции и терапии нарушений речи в выравнивании потенциала социальной интеграции детей с и без нарушений речи.

**Практическая значимость.** Модель внутри- и межличностных способностей, и выравнивания потенциала социальной интеграции в рамках корректирующей программы может использоваться школьными, клиническими психологами, психопедагогами, логопедами в качестве основы для научных исследований, составления образовательных проектов и специализированных программ, предназначенных для социальной интеграции детей с особыми потребностями в начале школьного обучения.

**Внедрение научных результатов.** Полученные результаты были обсуждены и одобрены на Факультете психологии и педагогических наук ULIM-а, использованы в профессиональной деятельности автора в средней школе «Константин Брынкуш» в Тыргу-Жиу и в 10 учебных заведениях в жудеце Горж, представлены на заседаниях методической комиссии CLI и CJRAE-GORJ, педагогических кружков, объединяющих специалистов с жудецев Горж, Мехединцы, Долж, Караш-Северин. Часть результатов были представлены на 25 научных конференциях и опубликованы в 14 научных работах.

## ANNOTATION

**Popescu Ofelia, Social integration of children with language disorder. PhD thesis in psychology, Chisinau, 2019**

**The thesis structure.** The thesis consists of an introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 208 titles, 15 annexes, 135 pages of basic text, 30 tables and 33 figures. The obtained results are published in 14 scientific papers.

**Key words:** intra-, interpersonal and social openness capacities, equalization with peers, social integration, immediate social environment, critical periods, sensitive periods, social reluctance, status in peer groups, language disorder.

**The aim of thesis:** identification, measurement and assessment of intra-, interpersonal and social openness capacities for social integration in children with language disorders at the early schooling stage and their development for equalization of such children with peers.

**Research objectives:** the literature review of sources related to the concept of social integration in the childhood and definition of its specifics at the early schooling age in the condition of a language disorder in categories of intrapersonal, interpersonal and social openness variables; identification of the defining aspects of social integration of children with language disorders, development of a model showing the relationship between intrapersonal, interpersonal and social openness capacities with the level of social integration of children with language disorders at the early school age and its experimental testing; testing the diagnostic-prognostic valence of methods and instruments set for the assessment of social integration variables; development of the Program for social integration of children and language disorders therapy (PISC-TTL), which implies the experimental manipulation of variables definitive for the social integration of children with language disorders at the early schooling stage and assessment of its optimizing effect on psychosocial functioning of children with language disorders.

**Scientific novelty and originality.** In the Romanian zone it's a pioneering work dealing with delimitation of variables and development of a model of intra-, interpersonal and social openness capacities associated to the social integration of children with language disorders at the early schooling stage, the experimental investigation the coordinates of the complex relationship between the social integration and the language disorders were identified through evaluation of these capacities, the social status in peer groups and the child social-relational framework response. The enhancing intervention methodology was developed and applied aiming to and having the finality of equalizing the level of social integration of children with language disorders to the same of peers with no language disorders.

**The obtained research results contributing to solving an important scientific problem** refer to development of a model for social integration of children with language disorders at early schooling age and identification, assessment and determining the intra-, interpersonal and social openness capacities positively related to integration, contributing thus to the development and implementation of PISC-TL with an effect on equalization of social integration level of children with language disorders to the one reached by children with no language disorders.

**Theoretical significance** refers to introduction of an original model of intra-, interpersonal and social openness capacities for social integration of children with language disorders at early schooling; definition of the specific content of social integration notion for the category of children with language disorders in terms of development of these capacities, reduction of social reluctance and improvement of sociometric status in the peer groups; grounding an integrative concept on the program for social integration of children and language disorders therapy with the finality of equalizing the level of social integration of subjects with language disorders with the level of peers without language disorders.

**Practical significance.** The model of intra- and interpersonal capacities for social integration and equalization of children through PISC-TTL program may be of use to educational counselors, clinicians, school psychologists, speech therapists etc., also in research, as a basis for educational projects and specialized programs aiming to facilitate the social integration of children with special needs at the early schooling.

**Implementation of scientific results.** The obtained results were discussed and approved at the Department of Psychology and Educational Sciences, ULIM, used in the professional activity at CLI-Gymnasium School "Constantin Brâncuși" in Targu Jiu and promoted in 10 educational institutions in Corj county, were presented at Methodical Commission of CLI in CJRAE-GORJ, in pedagogical circles at county and inter-county level (Gorj, Mehedinți, Dolj, Caraș-Severin). A part of results were presented at 25 scientific events and published in 14 scientific papers.

## LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Corespondența dintre dezvoltarea limbajului și vorbirii, și cea social-emoțională, de la naștere până la vârsta de 10 ani [aparține autoarei tezei]	30-31
Tabelul 2.1. Distribuția participanților-copii în funcție de condiția experimentală și unitatea de învățământ frecventată	61
Tabelul 2.2. Distribuția participanților în funcție de condiția experimentală, gen, formă a TL	61
Tabelul 2.3. Distribuția participanților adulți (mamele copiilor) în funcție de condiția experimentală și vârstă	61
Tabelul 2.4. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental și de control	68
Tabelul 2.5. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu și fără TL	69
Tabelul 2.6. Corelații între capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL și caracteristicile membrilor familiei (Spearman's rho)	70
Tabelul 2.7. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL	73
Tabelul 2.8. Corelații între condițiile familiale și capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL	74
Tabelul 2.9. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale și statutul copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL	77
Tabelul 2.10. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale în funcție de diagnosticul TL	82
Tabelul 2.11. Corelații între manifestările reticenței sociale a copiilor cu TL și particularitățile familiei	82
Tabelul 3.1. Conținutul PISC-TTL	92-93
Tabelul 3.2. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental test – retest	99
Tabelul 3.3. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul de control I test – retest	101
Tabelul 3.4. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest	102



Tabelul 3.5. Statistici comparative test-retest pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental în funcție de diagnostic	103
Tabelul 3.6. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental măsurate test-retest	105
Tabelul 3.7. Diferențe semnificative statistic pentru capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest	107
Tabelul 3.8. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru manifestarea test-retest a reticenței sociale și statutului în grupul de egali a copiilor din grupul experimental	109
Tabelul 3.9. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru manifestarea test-retest a reticenței sociale și statutului în grupul de egali a copiilor din grupul de control I	111
Tabelul 3.10. Diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest	113
Tabelul 3.11. Diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale a copiilor cu dislalie monomorfă și polimorfă din grupul experimental	118
Tabelul 3.12. Statistici descriptive și analiza de varianță (ANOVA One-Way) a scorurilor capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL	121
Tabelul 3.13. Statistici descriptive și analiza de varianță (ANOVA One-Way) a scorurilor manifestărilor reticenței sociale a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL	122
Tabelul 3.14. Tablou comparativ privind capacitățile intra- și interpersonale distribuite conform situației TL – corectată, ameliorată, staționară	123
Tabelul 3.15. Diferențe retest între scorurile medii ale capacităților intra- și interpersonale ale copiilor cu TL din grupul experimental, în funcție de forma dislaliei (monomorfă (27 copii) și polimorfă (33 copii))	124
Tabelul 3.16. Diferențe statistic semnificative test-retest între scorurile medii ale capacităților intra- și interpersonale, reticența socială la copiii din grupul experimental în funcție de forma dislaliei (monomorfă și polimorfă)	125
Tabelul 3.17. Diferențe test-retest dintre scorurile medii asociate capacităților intra- și interpersonale ale copiii cu TL din grupul experimental	126
Tabelul 3.18. Dinamica test-retest a diferențelor dintre copiii cu TL din grupul experimental și copiii fără TL din grupul de control II	127

## LISTA FIGURILOR

Fig. 2.1. Modelul de conceptualizare a variabilelor definitorii pentru integrarea socială a copilului cu TL	52
Fig. 2.2. Vârsta psihologică a limbajului copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL	64
Fig. 2.3. Înșușirile de personalitate ale copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL	65
Fig. 2.4. Manifestarea stimei de sine și autoeficacității în cazul copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL	66
Fig. 2.5. Capacitățile intrapersonale manifestate în relațiile cu mediul social imediat ale copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL, identificate prin „Testul-film” al lui René Gille	67
Fig. 2.6. Diferențe în manifestarea capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu dislalie monomorfă și polimorfă	69
Fig. 2.7. Diferențe în manifestarea capacităților interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL	72
Fig. 2.8. Diferențe în manifestarea reticenței sociale la copiii din grupurile experimental, de control I și II (fără TL), total grupul de copii cu TL	76
Fig. 2.9. Diferențe în percepția părinților asupra comportamentului copiilor din grupurile copiilor cu și fără TL	78
Fig. 2.10. Diferențe în percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu semenii	79
Fig. 2.11. Diferențe în percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului	80
Fig. 2.12. Diferențe în percepția capacităților de relaționare ale copiilor de către cadrele didactice	81
Fig. 2.13. Diferențele de statut social al copiilor cu și fără tulburări de limbaj	81
Fig. 2.14. Diferențe între scorurile capacităților intrapersonale și interpersonale de integrare socială, reticenței – deschiderii sociale a copiilor cu și fără TL	84
Fig. 3.1. Capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul experimental test-retest	98
Fig. 3.2. Capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul de control I test-retest	100
Fig. 3.3. Capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest	101

Fig. 3.4. Capacitățile intrapersonale de integrare socială test-retest a copiilor cu dislalie mono-și polimorfă din grupul experimental	103
Fig. 3.5. Capacitățile interpersonale de integrare socială test-retest ale copiilor din grupul experimental	104
Fig. 3.6. Capacitățile interpersonale de integrare socială test-retest ale copiilor din grupul de control I – cu TL care au parcurs TTL	105
Fig. 3.7. Capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest	106
Fig. 3.8. Capacitățile interpersonale de integrare socială test-retest a copiilor cu dislalie mono-și polimorfă din grupul experimental	107
Fig. 3.9. Manifestările test-retest ale reticenței sociale și statutul în grupul de egali ale copiilor din grupul experimental	108
Fig. 3.10. Manifestările test-retest ale reticenței sociale și statutul în grupul de egali ale copiilor din grupul de control I	110
Fig. 3.11. Manifestările reticenței sociale și statutului în grupul de egali: compararea retest a scorurilor din grupurile experimental, de control I și II	112
Fig. 3.12. Diferențe retest în percepția mamelor asupra comportamentului copiilor cu TL din grupul experimental și de control I	113
Fig. 3.13. Diferențe retest în percepția mamelor asupra dificultăților de comunicare ale copiilor din grupul experimental și de control I cu persoanele din mediul imediat	114
Fig. 3.14. Diferențe retest în percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copiilor din grupul experimental și de control I	114
Fig. 3.15. Diferențe retest în percepția capacităților de relaționare ale copiilor din grupul experimental și de control I de către cadrele didactice	115
Fig. 3.16. Diferențe retest de statut social în grupul de egali al copiilor din grupul experimental și de control I	116
Fig. 3.17. Diferențe retest în manifestarea reticenței sociale de către copii cu dislalie mono-și polimorfă din grupul experimental	118
Fig. 3.18. Distribuția rezultatelor logopedice în grupul experimental la finalizarea PISC-TTL	119
Fig. 3.19. Diferențele de reticență socială și statut în grupul de egali în funcție de rezultatele TTL	122

## **LISTA ABREVIERILOR**

CJRAE - Centru Județean de Resurse și Asistență Educațională

CLI - Cabinet Logopedic Interșcolar

MEC - Ministerul Educației și Culturii

MEN - Ministerul Educației Naționale

PISC-TTL - Program de integrare socială a copiilor și de terapie a tulburărilor de limbaj

TFRG - Testul-film René Gilles

TL – tulburări de limbaj

TTL – terapia tulburărilor de limbaj

## INTRODUCERE

**Actualitatea și importanța temei abordate.** Tema integrării sociale a copiilor prezintă actualitate în contextul schimbărilor la nivelul politicilor educaționale survenite în Republica Moldova și România în ultimii ani. Aceste schimbări exprimă tendința prezentă de mai multe decenii la nivel internațional de a include în programele de educație instituțională întreaga dezvoltare psiho-socială a copilului cu finalitate în integrarea socială. Concepțiile cu privire la educația copilului ca întreg, la învățarea și dezvoltarea socioemoțională, la pregătirea lui pentru a face față nu doar sarcinilor școlare ci și exigențelor vieții de adult, presupun o atenție sporită acordată capacităților intrapersonale, interpersonale și de deschidere socială în vederea integrării în comunitate. Această perspectivă prezintă o importanță deosebită în educația copiilor cu tulburări de limbaj (TL).

Statistica menționează că aproximativ cinci la sută din totalul populației cu vârsta cuprinsă între naștere și douăzeci și unu de ani are TL [196]. Statisticile naționale din Republica Moldova și România nu prezintă TL cu specificări pentru diferite vârste, însă în Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2017 tulburările de vorbire sunt calculate în top-10 pentru această populație, reprezentând 2,65% din totalul problemelor de sănătate [53, p. 30], iar Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova în Raportul Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2017 menționează că „...la 1000 copii examinați revin... 3,8 copii care suferă de tulburări de vorbire” [7]. O bună parte din acești copii dețin un potențial cognitiv suficient de integrare școlară, perturbat de condiția TL care afectează sfera afectiv-relațională și condiționează comportamente defensive nefavorabile integrării sociale.

Astfel, se relevă nevoia de atenție sporită față de activitatea de integrare școlară și socială a copiilor cu TL – de la îndeplinirea sarcinilor școlare, până la construirea unui statut social – apreciind numărul considerabil al acestora în educația școlară. TL la copii, mai ales la debutul școlarității, poate afecta, chiar în condițiile unei dezvoltări intelectuale în normă, comunicarea și interacțiunile în viața de zi cu zi din mediul social imediat [12, 42, 91], pentru ca ulterior să se răsfrângă asupra întregului context relațional, fapt pentru care se impun imperativ activități de adecvate pentru terapia lor, dar și pentru optimizarea integrării sociale. În aceste circumstanțe, studierea aprofundată și nuanțată a condițiilor în care se previne afectarea dezvoltării personale și sociale a copiilor cu TL este actuală și indicată. Un asemenea studiu este prin natura sa interdisciplinar, intradisciplinar și transdisciplinar, conectând și transcendând domeniile psihologiei sociale, psihopedagogiei speciale, psihologiei dezvoltării și științelor educației.

Cercetările asupra relațiilor sociale și a specificului integrării sociale a copilului cu TL în familie și în mediul școlar sunt sporadice și încă în curs de dezvoltare, comparativ cu cercetarea integrării sociale a altor categorii de copii aflați în risc de marginalizare și izolare socială. Investigarea aspectelor asociate relației dintre TL și integrarea socială a copiilor aflați într-o etapă crucială a socializării lor – trecerea de la socializarea primară la cea secundară, conferă prezentei cercetări un caracter de utilitate și noutate prin contribuția la fundamentarea unei concepții integratoare asupra metodologiei pentru integrare socială și terapia tulburărilor de limbaj (TTL). Modalitatea interactivă de abordare a relațiilor sociale și a specificului integrării sociale a copilului cu TL în familie și în mediul școlar, din perspectiva efectelor asocierii TTL cu intervenții în scopul optimizării relațiilor și interacțiunilor copiilor cu TL cu părinții, învățătorii și colegii, îi conferă aplicabilitate practică.

**Încadrarea temei de cercetare în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare.** Limbajul și vorbirea, ca elemente esențiale ale comunicării, sunt pârgii ale dezvoltării psihologice și psihosociale a personalității, între acestea existând relații de intercondiționare multiplu mediate. Fiind una dintre manifestările esențiale ale vieții psihice ale omului cu rol fundamental în comunicarea interumană, limbajul se dezvoltă atât ca fenomen individual, cât și ca fenomen social, asigurând caracterul tranzacțional al comunicării interpersonale și sociale. Dezvoltarea limbajului și a competenței comunicative și sociale se intercondiționează reciproc, prezentând în diferite perioade ale copilăriei sincronități și decalaje cu impact semnificativ asupra integrării sociale [77], importanța cărei în dezvoltarea personalității copilului a fost cercetată în diverse domenii ale științelor sociale și ale educației, constituind un subiect important al preocupărilor teoretice și aplicate în știința contemporană. Cercetările privind situația socială și educațională a copiilor cu TL se înscriu în preocupările științifice privind realizarea egalității de șanse, principiu pe care în prezenta investigație am intenționat să-l implementăm prin egalizarea nivelului de integrare socială a elevilor cu TL și fără TL, care constituie o condiție importantă pentru reușita școlară și socială, și care se prezintă la oportună în etapa debutului școlarității.

Cercetarea în cadrul acestei lucrări s-a aliniat prevederilor legislative naționale și internaționale care promovează politici în domeniul educației orientate spre integrarea socială și dezvoltarea personală a elevilor, inclusiv a celor cu cerințe educaționale speciale. Nominalizăm în acest context o serie de documente internaționale – Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități [19], Declarația Conferinței Mondiale de la Jomtien (1990), referitoare la Educația pentru Toți [207], Declarația de la Salamanca (1994), cu privire la realizarea școlii de tip incluziv

[195], Recomandările Consiliului Europei R-92, Regulile standard privind egalizarea șanselor persoanelor cu handicap [176], ale României - Ordinul MEN nr. 3634/12.04.2000 privind aprobarea programului național ”Integrarea și reabilitarea copiilor cu deficiențe în/prin comunitate” [38], Ordinul MEC nr. 4653/8.10.2001 cu privire la aprobarea Metodologiei de organizare și funcționare a serviciilor educaționale pentru copiii/elevii deficienți integrați în școala publică, prin cadre didactice itinerante și de sprijin, etc. [37], și Republicii Moldova: Codul Educației al Republicii Moldova nr. 152 din 17.07.2014. [18], Planul de acțiuni pe anii 2015-2017 pentru implementarea Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020 etc. [29], care au ghidat atât abordarea teoretică, cât și investigația practică realizată în prezenta lucrare. Deși subiecții cercetării au fost copii cu TL cu dezvoltarea intelectuală normală, tulburarea de limbaj prezintă o condiție dezintegratorie, mai ales în perspectiva unei adaptări școlare eficiente. Lucrarea vine cu propunerea unei metodologii de identificare și intervenție ameliorativă a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității, urmărindu-se scopul egalizării integrării sociale cu semenii fără de TL, încadrându-se în problema de cercetare a Catedrei Psihologie și Științe ale Educației a Universității Libere Internaționale din Moldova, unde a fost realizată – ”Probleme ale individului și grupurilor umane în contextul schimbării sociale” [49], în interesele științifico-practice ale CJRAE Gorj (România) [48], și comunității interjudețene a specialiștilor în domeniu [46].

Numeroase cercetări au demonstrat, comunicarea (activitatea umană fundamentală de transfer de semnificații prin utilizarea simbolurilor de diversă configurație), limbajul (sistemul de semne – conduite simbolice verbale sau non-verbale utilizate în scop de comunicare) și vorbirea (forma vocalizată de comunicare umană) se prezintă ca factori determinanți sau condiționali ai integrării sociale a copilului, intervenind în mod diferențiat la acest proces în funcție de stadiul dezvoltării lui generale. Reieșind din complexitatea și multidisciplinaritatea problemei integrării sociale a copiilor cu TL, investigația acesteia constituie un subiect comun pentru mai multe științe, fiind situat la intersecția psihologiei, în special a celei sociale, clinice, a personalității și vârstelor, familiei și educației, cu științele educației, psihopedagogia specială și socială, sociologia, antropologia socială și alte discipline. Pe de altă parte, problema integrării sociale a individului ca fenomen social și cultural a preocupat interesul cercetătorilor mereu și a fost investigată atât de clasicii științelor sociale, cât și de oamenii de știință contemporani. Abordări fundamentale teoretice și empirice utile pentru dezvoltarea temei și înțelegerea spațiului specific al integrării sociale a copiilor cu TL prezintă lucrările lui Fletcher A. C. și col. [119, 120], Gresham F. M. [126, 127], Guralnick M. J. [131-136], Hadley P. A. și Rice M. L. [137], Lazarevic E., Kopas-Vukašinović E. [150], Rice M. L., Sell M. A., Hadley P. A. [177], care au stat la baza fundamentării

problemei cercetării de față. Problema integrării sociale se află și în câmpul de interese științifice ale cercetătorilor din spațiul românesc. Preocupări pentru definirea și explicarea procesului integrării sociale (în unele lucrări, pentru explicarea dinamicii și mecanismelor socializării, cu finalitate în integrare), în special în perioada preșcolară și școlară mică, au autorii din România și Republica Moldova: Bolboceanu A. [8, 9], Bonchiș E. [10], Caluschi M. [15], Cucer A. [21], Jelescu P. [30], Nosatfi A. [35], Roșca D. [54], Rusnac S. [55], Rusu D. [56], Stănciulescu E. [60,61] etc.

Resurse de valoare în scopul depistării factorilor integrării sociale și capacităților necesare copiilor cu TL în acest scop constituie studiile contemporane cu privire la competențele și abilitățile sociale, îndeosebi la formarea lor în etapa preșcolară și școlară mică, în calitate de autori de referință servind Bukowski W. M. și col. [92], Bandura A. [82], Gresham F. M. [125, 126], Krasnor L. [148], Newcomb A. F. și col. [164], Spence S. H. [193]. În special a fost consultată bibliografia cu referință la competențele comunicative și lingvistice: Adler R. și Rodman G. [76], Carpendale J. I. și Lewis C. [95], Dockrell J. E. și col. [106,107], Guralnick M. J. [131], Lindsay G. și col. [152-155], Walker H. M. și col. [204], Watts J. și White B. [205], ideile cu privire la achizițiile lingvistice, perioadele sensibile (critice) pentru dezvoltarea limbajului și formarea abilităților de relaționare socială: Chomsky N. [96], Eisenberg N. și Zhou Q. [112], Guerra N. G., Williamson, A. A., Lucas-Molina B. [130], Montessori M. [162], Schaffer H. R., Kipp K. [186], Skinner B. F. [190], Vygotsky L. S. [202, 203]. În acest context amintim și de cercetările din România și Republica Moldova: Bolboceanu A. [9], Cucer A. [23], Nosatfi A. [35], Pavlenko L. [39], Ponomari D. [51], Slama-Cazacu T. [59], care au abordat problema competenței sociale. În contextul cercetării acestei probleme se remarcă faptul că integrarea socială prin dezvoltarea abilităților / competenței sociale implică: a) achiziția abilităților, formarea inițială a competenței sociale, b) creșterea eficienței abilităților sociale – producerea comportamentelor marcate de competență socială, și d) facilitarea generalizării și menținerii abilităților sociale, consolidarea competenței sociale. Lucrarea de față a cercetat rolul capacităților psihosociale (noțiune prin care am generalizat termenii de abilități și competențe sociale) în integrarea socială a copilului, ilustrând cu rezultate empirice și promovând un program de intervenție ameliorativă destinat copilului cu TM aflat în debutul școlărității.

În conformitate cu tema tezei ne-am aliniat la cercetările de psihologie a vârstelor efectuate în România și Republica Moldova de autorii cu renume Albu E. [3], Bonchiș E. [10], Crețu T. [20], Golu F. [28], Manolescu M. [32], Racu I. [52], Sion G. [58], Șchiopu U. și Verza E. [62], și din cadrul internațional - Collins W.A., Kuczaj S. A. [98], Damon W. și col. [103], Descoeudres A. [105], Erikson E. [113], Shaffer D., Kipp K. [186]. Cercetătorii menționează că în dezvoltarea



limbajului și vorbirii, la fel precum în dezvoltarea competenței sociale drept condiție a integrării sociale a copilului, există perioade sensibile și/sau critice, unele din acestea prezentând importanță mutuală. Totodată, s-a constatat că cele mai importante perioade sensibile asociate cu limbajul și cu competența socială au loc între naștere și vârsta de șase ani, constituind o etapă importantă pentru integrarea socială a copilului. Din aceste considerente în cercetarea de față s-a optat pentru vârsta de 6-7 ani care, în primul rând este o perioadă sensibilă și critică prin debutul școlarității, în cel de-al doilea rând prezintă o etapă favorabilă schimbării pozitive. Cercetarea efectuată a demonstrat că intervenția ameliorativă la această vârstă contribuie la egalizarea capacităților intra- și interpersonale și a integrării sociale a copiilor cu TL și cei fără TL.

Optând pentru categoriile de variabile în cercetarea integrării sociale a copilului cu TL – capacități intrapersonale, capacități interpersonale, deschidere socială, am pornit de la studiile efectuate în spațiul românesc și internațional. Mai mulți cercetători (enumerăm aici autori din România și Republica Moldova - Abrudan C. [1], Avramescu M.D. [5, 6], Bucun N. [13], Buică C. B. [14], Chelemen I. [16], Cucer A. [22], Gherguț A. [24], Nosafii A. [35], Olărescu V. [36], Vasian T. [63], Verza E. [65], Vršmaș E. [70], dar și din cadrul internațional: Asher S. R., Gazelle H. [81], Bowen C. [86] etc.) au indicat la faptul că TL au o serie de efecte negative asupra integrării sociale a copilului, provocând probleme de adaptare socială și școlară, de ordin cognitiv și comportamental, de comunicare și interacțiune cu mediul etc. Iată de ce, în vederea sprijinirii integrării sociale a copilului cu TL aflat în debutul școlarității, intervenția pentru dezvoltarea abilităților sociale ale copiilor în conjuncție cu TTL prezintă o importanță deosebită. Cercetătorii definesc abilitățile sociale ca întrunind capacități intrapersonale (cu referință la sfera emoțională și aprecierea de sine), interpersonale – competențe de relaționare și reacția mediului social imediat la TL a copilului, acestea fiind determinate de factorii socio-contextuali. Modelul dat a fost verificat și în cadrul prezentei cercetări de doctorat.

Menționăm, astfel, că în conformitate cu preocupările cercetătorilor din domeniu, integrarea socială a copiilor cu TL a fost explorată din perspectiva rolului important pe care îl au capacitățile intra- și interpersonale la debutul școlarității, fiind identificată măsura în care intervenția psihosocială completată de TTL cu implicarea subiecților cu TL (dislalie), a mediului familial și școlar, va ameliora condiția socială a adaptării și va readuce în făgașul firesc procesul socializării, finalizând cu integrare socială, dezvoltând personalități apte să răspundă la provocările societății contemporane. Nevoia de abordare a acestei teme vine din deficitul de cunoștințe și practici psihosociale consacrate integrării copiilor cu TL și dezvoltare intelectuală normală la începerea educației școlare, care nu fac obiectul educației speciale sau incluzive și se prezintă ca o categorie puțin sau chiar deloc investigată în studiile și cercetările contemporane. Astfel,

**problema de cercetare** rezidă din lipsa unei metodologii științifice de identificare a capacităților necesare integrării sociale a copiilor cu TL în contextul înțării în școală și de dezvoltare prin efort psihosocial și terapeutic a acestora.

**Scopul lucrării:** identificarea, măsurarea și aprecierea capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială în vederea integrării sociale a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității, și dezvoltarea lor în vederea egalizării cu semenii fără TL.

**Obiectivele cercetării:**

1) sistematizarea informațiilor existente în literatura de specialitate cu privire la semnificația conceptului de integrare socială în copilărie și definirea conținutului specific al acestui concept pentru vârsta debutului școlarității în condițiile TL în categorii de variabile intrapersonale, interpersonale și de deschidere socială;

2) identificarea aspectelor definitorii ale integrării sociale a copiilor în condițiile TL, elaborarea unui model al raportului dintre capacităților intrapersonale, interpersonale și de deschidere socială cu nivelul de integrare socială a copilului cu TL aflat în debutul școlarității și verificarea lui experimentală;

3) verificarea valenței diagnostic–prognostică a metodelor și instrumentelor de evaluare a categoriilor de variabile ale integrării sociale;

4) elaborarea Programului de integrare socială a copiilor și terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL) care implică manipularea experimentală a variabilelor definitorii pentru integrarea socială a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității și evaluarea impactului optimizator al PISC-TTL asupra funcționării psihosociale a copilului cu TL.

**Ipoteza de cercetare:** integrarea socială a copiilor cu TL se realizează prin dezvoltarea capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială, care influențează pozitiv acceptarea lor de către mediul social imediat și statutul sociometric în grupul de egali.

**Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese.** Metodologia cercetării s-a fundamentat pe un șir de abordări teoretice fundamentale și rezultate ale cercetărilor empirice efectuate în psihologia socială, a vârstelor, a personalității, clinică, educațională, psihopedagogia specială:

- cercetările privind ”perioadele critice” și ”perioadele sensibile”, inclusiv ale celor importante în dezvoltarea copilului pentru achiziția limbajului: Montessori M. [162], Lenneberg E. H. [151], Guerra N. G., Williamson, A. A., Lucas-Molina B. [130], Deforges E. D., Vibert N., Vidal, P. -P. [104], Roundy L. [180], Fischer, S.D. [118], Jelescu P. [30] și al.; sau în dezvoltarea psihosocială: Guerra N. G., Williamson, A. A., Lucas-Molina B. [130], Racu I. [52], Rusnac S. [55], Bucun N. [13], Nosafii A. [13, 35], Bolboceanu A. [13], Vasian T. [63] și al., care au

determinat abordarea în cercetarea de față a situației copilului cu TL cu vârsta de 6-7 ani, perioadă caracterizată ca ”sensibilă” și ”critică” atât pentru dezvoltarea limbajului cât și pentru dezvoltarea personalității, integrarea socială a copilului;

- conceptul de integrare socială, cercetat prin prisma influențelor negative ale unor tulburări de dezvoltare, inclusiv cu referință la copiii cu TL: Guralnick M. J. [131, 134, 136], Fletcher A. C., Shaw R. A. [120], Commodari E. [99], Copeland E., Nelson R.B., Traugher M. [100], Bucun N., Tarnovschi A. [12], Cucer A. [21], Olărescu V. [36], Vasian T. [63] și al., prin care au fost determinate capacitățile intrapersonale de integrare socială;

- tratările competențelor sociale ale copiilor, implicate în formarea și întreținerea relațiilor funcționale cu mediul social imediat: Gresham F. M., Lemanek K. L. [126], Spence S. H. [193], Walker H. M. și col. [124], Krasnor L. [148], Pavlenko L. [32, p. 41] și al., care au fost utilizate în identificarea capacităților interpersonale și de deschidere socială a copiilor cu TL;

- investigațiile și concluziile asupra importanței mediului social imediat pentru dezvoltarea copilului: Bronfenbrenner U. [91], Hughes D. M., Turkstra L. S., Wulfeck B. B. [144], Lazarevic E., Kopas-Vukašinović E. [150], Lindsay G., Dockrell J. [154], Bower A. M., Hayes A. [87] și al., au orientat cercetarea din prezenta lucrare spre evaluarea reticenței sociale ca un factor raportat negativ la integrarea socială a copiilor cu TL.

Au fost aplicate metode teoretice: metoda cercetării bibliografice și documentării științifice, analiza și sinteza, construirea modelului variabilelor cercetării; metode empirice de colectare a datelor: convorbirea, anamneza, testul, scalele de evaluare/autoevaluare; metode statistico-matematice de prelucrare descriptivă și inferențială a datelor și analiză cantitativă, calitativă și comparativă; de intervenție ameliorativă.

**Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute.** În lucrarea de față pentru prima dată în spațiul românesc au fost delimitate variabilele și elaborat un model al capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială asociate integrării sociale a copiilor cu TL în debutul școlarității. Original pentru această lucrare este și faptul că rezultatele cercetării au condus la stabilirea coordonatelor relației complexe dintre integrarea socială și TL la vârsta debutului școlarității și au contribuit la evaluarea realităților intricate: pe de o parte personalitatea copilul cu TL în dinamica dezvoltării sale, capacitatea lui de interacțiune cu mediul social imediat, integrarea socială și achizițiile care stau la baza acesteia; pe de altă parte, TL cu spectrul larg al manifestărilor interconectate la statutul social și cadrul relațional al copilului. Altă noutate, de această dată pentru un areal geografic mai larg al cercetării științifice, constă în aplicarea unei metodologii de intervenție ameliorativă cu scopul și finalitatea în egalizarea nivelului integrării sociale a copiilor cu TL cu cel al semenilor fără TL.

**Soluționarea problemei științifice importante:** elaborarea modelului integrării sociale a copiilor cu TL la vârsta debutului școlarității și identificarea, evaluarea și determinarea capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială raportate pozitiv la integrare, ceea ce a contribuit la întocmirea și implementarea PISC-TTL cu impact în egalizarea nivelului integrării sociale a copiilor cu TL cu cel al copiilor fără TL.

**Valoarea teoretică a cercetării:** prezentarea unui model original al capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială în vederea integrării sociale a copiilor cu TL în perioada de debut al școlarității; definirea conținutului specific pentru categoria de copii cu TL al noțiunii de integrare socială în termeni de dezvoltare a acestor capacități, diminuare a reticenței sociale și sporire a statutului sociometric în grupul de egali; fundamentarea unei concepții integratoare asupra programului de integrare socială a copiilor și TTL cu finalitate în egalizarea nivelului integrării sociale a subiecților cu TL cu cel al semenilor fără TL.

**Valoarea aplicativă a cercetării:**

- modelul capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și metodele și instrumentele utilizate pot servi în cercetare specialiștilor consilieri școlari, psihologi clinicieni, psihologi școlari, psihopedagogi etc.;

- modelul de egalizare a copiilor promovat de PISC-TTL poate servi drept bază pentru proiecte educaționale destinate facilitării integrării sociale a copiilor cu nevoi speciale în perioada debutului școlarității;

- informația obținută în cercetare privind capacitățile intra-, interpersonale și de deschidere socială a copiilor cu TL aflați la vârsta debutului școlarității poate fi aplicată ca bază pentru elaborarea de programe pentru activități de consiliere școlară și terapie a tulburărilor de limbaj la scară largă, promovate prin Cercuri pedagogice și Comisii metodice de profil;

- PISC-TTL poate fi folosit în activitatea curentă a CLI-urilor și ca model de activități cu copiii aflați la vârsta debutului școlarității de către cadrele didactice, consilierii școlari în colaborare cu logopezii.

**Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării.** Rezultatele obținute au fost discutate și aprobate în cadrul Catedrei Psihologie și Științe ale Educației, ULIM, al comisiei metodice a CLI din CJRAE-Gorj și în cadrul cercurilor pedagogice județene și interjudețene (Gorj, Mehedinți, Dolj, Caraș-Severin). De asemenea, rezultatele au fost incluse în comunicări științifice prezentate la 25 de manifestări științifice și în 14 lucrări științifice publicate în reviste și volume. Astfel, rezultatele cercetării au fost prezentate în cadrul conferințelor, simpozioanelor, workshopurilor, seminarelor naționale și internaționale, precum: Simpozionul Internațional

”Sănătatea tinerilor - standarde europene/realități românești”, 11 iunie 2011, Craiova, România; Simpozionul Național ”Exemple de bune practici în prevenirea și combaterea violenței din mediul școlar”, 28 martie 2014, CJRAE-Dolj, Craiova, România; Conferința Internațională Științifico-Practică ”Păstrarea integrității familiei - politică prioritară pentru protecția copilului”, 15 mai 2014, Chișinău, Republica Moldova; Simpozionul Interjudețean ”CJRAE - Resursă Semnificativă a Sistemului Educațional”, 19-20 iunie 2014 și 11 iunie 2015, CJRAE-Gorj, Târgu Jiu, România; The International Conference ”Psychology Realities of The Contemporary World”, 24-26 October 2014, Bucarest Romania; The International Conference ”Contemporary Issues of Social Sciences”, Edition ”The Mentalities of Society in Transformation”, 11-12 decembrie 2015, Chișinău, Republica Moldova și al.

**Sumarul compartimentelor tezei.** Teza constă din introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie, adnotare (în limba română, rusă și engleză) și 15 anexe. Textul lucrării este ilustrat prin intermediul a 30 de tabele și 33 figuri.

**Introducerea** prezintă actualitatea și importanța temei abordate, încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare, în context inter- și transdisciplinar, cu prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare referitoare la tema aleasă, problema de cercetare, scopul și obiectivele cercetării, ipoteza cercetării, sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese, noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute, soluționarea problemei științifice importante, valoarea teoretică și aplicativă a cercetării, aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării și sumarul compartimentelor tezei.

**În Capitolul 1 - Abordarea teoretică a integrării sociale a copilului din perspectiva educării limbajului** – este prezentat cadrul teoretic, conceptual științific și principalele contribuții teoretice la abordarea problematicii integrării sociale a copilului în relație cu dezvoltarea limbajului. Sunt trecute în revistă perioadele sensibile și critice în achiziția limbajului importante pentru dezvoltarea socială a copilului; conținutul și factorii favorizanți/perturbatori ai integrării sociale, transpuși în capacități intra-, interpersonală și influențe ale contextului social, și importanța relațiilor cu mediului imediat pentru integrarea socială a copilului cu TL.

**În Capitolul 2 – Dimensiunile integrării sociale a copiilor cu tulburări de limbaj (cercetare experimentală de constatare)** – este prezentat modelul de conceptualizare a variabilelor definitorii pentru integrarea socială a copilului cu TL: capacitățile intra- și interpersonală, completate de diminuarea reticenței sociale care conduce la deschiderea către mediul social imediat și poziționarea favorabilă în grupul de egali, etapele cercetării experimentale și organizarea celei de constatare, urmărind scopul, obiectivele, metodele și instrumentele utilizate, descrierea eșantionului, ipoteza de cercetare constatativă și prezumțiile care urmează a fi verificate

pentru demonstrarea acesteia, precum și analiza rezultatelor. Prezentarea rezultatelor cercetării constatative se dezvoltă în trei direcții – de analiză cantitativă, cantitativ-comparativă și calitativă a: 1) capacităților intrapersonale și interpersonale de integrare socială; 2) manifestarea reticenței sociale la copil, calculate pentru trei grupuri (experimental (copii cu TL, incluși ulterior în programul de intervenție ameliorativă a integrării sociale și TL), de control I (copii cu TL, care ulterior au parcurs doar terapia tulburărilor de limbaj), de control II (copii fără TL), și diferențiat pentru forma dislaliei și genul subiecților cercetării. Capitolul se încheie cu concluziile cercetării experimentale de constatare.

**În Capitolul 3 – Intervenția ameliorativă prin programul de integrare socială a copiilor și de terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL)** – sunt prezentate reperele teoretico-conceptuale și metodologia programului de intervenție în vederea ameliorării integrării sociale și TTL: obiectivele generale și specifice, ipoteza de control, principiile, metodologia și metodele, instrumentele, tehnicile utilizate, precum și conținutul, implementarea și rezultatele obținute în urma aplicării experimentale a acestuia. Programul este prezentat atât sub aspectul obiectivelor sale cât și sub aspectul activităților derulate. Prezentarea rezultatelor aplicării experimentale al programului se dezvoltă tot în trei direcții: prezentarea și analiza test-retest a indicatorilor: 1) capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL; 2) capacităților interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL; 3) manifestării reticenței sociale la copilul cu TL și, de aici, deschiderea socială a acestuia. Pentru identificarea rezultatelor specifice sunt analizate cele identificate în grupurile de control, utilizându-se comparații statistice, dar și diferențiat pentru copiii cu TL mono- și polimorfă, grupe de gen. Capitolul se încheie cu analiza și interpretarea comparativă a rezultatelor experimentale test-retest și cu verificarea rezultatelor prin raportarea la cercetările asemănătoare din domeniu, urmate de concluziile generalizate.

**Concluziile generale și recomandările** sintetizează rezultatele științifice obținute, corelându-le cu tema, ipotezele, scopul și obiectivele tezei, prezintă contribuțiile personale, limitele rezultatelor obținute, precum și recomandările privind utilizarea rezultatelor în practica educației copiilor aflați în debutul școlarității și potențialele direcții viitoare de cercetare legate de tema abordată.

# 1. ABORDAREA TEORETICĂ A INTEGRĂRII SOCIALE A COPILULUI CU TULBURĂRI DE LIMBAJ

## 1.1. Perioade sensibile în dezvoltarea limbajului importante pentru dezvoltarea și integrarea socială a copilului

Vorbirea, ca modalitate de utilizare a limbajului, și comunicarea, ca fundament al interacțiunilor umane, intervin în mod diferențiat, în funcție de stadiul dezvoltării generale a copilului, ca factori determinanți sau condiționali ai integrării lui sociale. Literatura de specialitate [186] analizează ca aspecte critice ale limbajului: a) fonologia, care se referă la modul în care sunt produse sunetele [186, p. 274] și începe cu primele vocalizări; b) semantica, definită ca ramură care se ocupă cu înțelesurile [186, p. 275]; c) sintaxa: gramatica și regulile de construire a propozițiilor și frazelor; d) pragmatica definită ca „utilizarea limbajului în context social, pe baza regulilor care determină cum trebuie utilizată limba în scop propriu, principiile de conversație, adaptarea la interlocutor” [186, p. 275]. Fonologia, care implică reguli despre structura și secvența de sunete ale vorbirii, semantica – vocabularul și conceptele exprimate prin cuvinte, sintaxa - regulile după care cuvintele sunt aranjate în propoziții, morfologia - utilizarea markerelor gramaticali, și pragmatica - regulile de comunicare adecvate și eficiente [194] definesc și sunt efectul dezvoltării limbajului și comunicării care se realizează în mai multe etape: gângurit, rostirea primelor cuvinte, combinații de cuvinte, construcții gramaticale [3, p. 42], fiecare cu un impact specific asupra integrării sociale.

Cel mai important efect asupra dezvoltării sociale a copilului îl au perioadele critice și cele sensibile ale dezvoltării limbajului și achiziției vorbirii.

Specialiștii [58] se referă la două modalități opuse de explicare a dezvoltării limbajului: modelul comportamental (Skinner R B. F.) [190] și modelul ineist (Chomsky N.) [96].

Conform perspectivei behavioriste [190, 199, 30], limbajul se achiziționează asemeni oricărui alt comportament întărit (negativ sau pozitiv) prin recompense și/sau sancțiuni oferite de adulții care îngrijesc/educă/formează copiii. Conform teoriei ineiste „copiii se nasc cu un mecanism de achiziție a limbajului (LAD = Language Acquisition Device) (care permite copiilor imediat ce achiziționează un vocabular suficient, să combine cuvintele în rostiri noi, dar constante gramatical, și să înțeleagă semnificația a ceea ce aud – n.a.) [96, p. 25; 58, p. 95].

Modelele interacționiste, încercând să depășească disputa Skinner-Chomsky „accentuează contextul social al învățării limbajului” [58, p. 95]. Exemplificând ca promotor al acestor modele pe Bruner, Sion G. notează că ele avansează ideea că în contextul schimburilor sociale cu ceilalți, copilul „își construiește un sistem lingvistic care relaționează forma și conținutul limbajului cu

sensul social al limbajului” [58, p. 96]. Notăm în acest context că sensul social al limbajului se exprimă prin noțiunea de vorbire (corectă din punct de vedere al pronunției, gramaticii și sintaxei).

În abordările teoretice noțiunile de ”perioadă critică” și ”perioadă sensibilă” sunt interșanjabile. În psihologia dezvoltării perioada critică definește o fază din viață, în care organismul are o sensibilitate crescută la anumiți stimuli exogeni, obligatorii pentru dezvoltarea unei anumite abilități. Schaffer D. și Kipp K. menționează: ”Conceptul de perioada critică a fost propus pentru a arăta că funcțiile psihologice se vor dezvolta doar dacă li se oferă copiilor anumite experiențe esențiale în momente bine precizate din timpul dezvoltării; fără acestea, dezvoltarea nu va avea loc” [186, p. 281]. Dacă organismul nu primește stimulul adecvat în perioada ”critică”, se ajunge la dificultăți în dezvoltarea unor funcții sau chiar la nerealizarea lor [188].

În literatura despre perioadele critice se apreciază că întârzierea în a învăța o anumită abilitate face ca zonele corticale alocate respectivei funcții să nu fie utilizate și să nu mai fie disponibile pentru a efectua alte funcții asociate acesteia (de exemplu există perioade critice pentru sistemele auditive, vizuale și vestibulare care, dacă sunt pierdute, conduc la dezactivarea zonelor corticale aferente lor [104]. Ca dovezi pentru existența perioadelor critice sunt menționate: vederea binoculară, formarea atașamentului, achiziția vorbirii sau învățarea a celei de-a doua limbi [186, p. 282-283]. Deși, după cum s-a menționat, conceptul de perioadă critică a fost utilizat în anumite cazuri concomitent cu cel de perioadă sensibilă, ele nu se suprapun [186, p. 281].

Perioada sensibilă este o perioadă mai lungă de timp pe parcursul dezvoltării, în care persoana este mai receptivă la anumite tipuri de stimuli din mediu, de obicei din cauză că sistemul nervos este mai sensibil la anumiți stimuli senzoriali. Conceptul de ”perioade sensibile în dezvoltarea umană” se referă la intervalele de timp în care informațiile sunt absorbite cu ușurință, într-un mod specific: sunt etape din timpul dezvoltării în care este mai probabil ca un individ să dobândească o anumită abilitate decât în altele [186, p. 286], existând o sensibilitate specială pentru a învăța ceva specific și pentru a achiziționa unele abilități sau concepte în mod spontan. Perioada sensibilă este tranzitorie, cu durată variabilă propice achiziționării unei trăsături particulare care dispare după ce trăsătura a fost dobândită.

Termenul de perioade sensibile (*sensitive periods*) a fost introdus de geneticianul olandez Hugo de Vries și folosit mai târziu de Montessori M. [162], cu referire la perioadele suprapuse de dezvoltare în care un copil este sensibil la un anumit stimul sau tip de interacțiune. Potrivit lui Montessori M. [162], de la naștere până la aproximativ vârsta de șase-șapte ani (când se manifestă cele mai importante perioade sensibile), copiii învață din mediul lor natural, fără instruire formală, fără efort conștient de faptul că învață. După ce s-a finalizat perioada sensibilă, capacitatea pe care copilul o achiziționează în mod spontan poate să fie predată în mod formal. După Montessori M.



[162] există cinci comportamente observabile, care caracterizează perioadele sensibile: 1) copilul desfășoară o activitate cu început, mijloc și sfârșit; 2) activitatea este acaparantă pentru copil; 3) copilul revine mereu la acea activitate; 4) se dezvoltă un atașament emoțional față de activitate; 5) finalizarea activității produce o mulțumire accentuată. Așa cum precizează specialiștii [180, 52], perioadele sensibile sunt analizate fie în ordine cronologică, fie în termeni de categorii și subcategorii.

Între naștere și vârsta de șase ani sunt înscrise cinci categorii principale de perioade sensibile asociate cu limbajul, vorbirea, ordinea, aptitudinile senzoriale, motorii și cu abilitățile sociale. În perioada sensibilă pentru limbaj copilul este extrem de receptiv la sunete și la mimică, este mai atras de discursul uman, decât de alte sunete din mediu. În perioada sensibilă pentru ordine (aproximativ între vârstele de 1-3 ani) copilul învață să organizeze informațiile pentru a conferi semnificație mediului [30]. În această categorie se înscriu patru subgrupuri de perioade sensibile: ordine spațială, ordine socială, ordine senzorială și ordine temporală. Dacă un copil este în imposibilitate de a realiza aceste abilități în perioada dată, el se poate confrunta mai târziu cu dificultăți de raționament și de învățare. În perioada sensibilă pentru aptitudinile senzoriale (între naștere și aproximativ patru ani), creierul este în curs rapid de dezvoltare a capacității de a capta informațiile despre lume prin simțuri. Dacă un copil nu primește informații senzoriale suficiente în această perioadă, apar dificultăți de discriminare a stimulilor senzoriali importanți și neutri. Aproximativ între vârsta de 18 luni și patru ani este perioada sensibilă pentru abilitățile motorii. În a cincea perioadă sensibilă, care implică abilitățile sociale (aproximativ între treizeci de luni și șase ani), copilul începe să observe mediul social, comportamentul celor din jur și să învețe ceea ce se așteaptă de la el în diverse situații. Copiii care sunt lipsiți de interacțiuni sociale în această perioadă vor fi mai puțin încrezători în mediul social și vor avea dificultăți în gestionarea situațiilor sociale [180].

Diferența dintre perioadele critice și sensibile a fost obiectul unor dezbateri în special în ceea ce privește limbajul. Perioadele critice și sensibile sunt cel mai bine înțelese ca “ferestre de oportunitate” optime și importante pentru încurajarea rezultatelor pozitive în achizițiile lingvistice și de relaționare la anumite vârste [130, p. 5]. În 1967, Lenneberg E. H. [151] a utilizat termenul de perioadă critică (*critical period*) pentru achiziția limbajului, plasând-o între copilărie și pubertate – începutul adolescenței, datorită importantelor modificări de maturizare a creierului. Autorul postulează că dezvoltarea limbajului și vorbirii este rezultatul maturizării creierului. Deși ambele emisfere ale creierului sunt egale la naștere, funcția limbajului și vorbirii se stabilește treptat în emisfera stângă a creierului, de aceea perioada critică pentru învățarea limbilor străine a fost considerată a fi perioada de lateralizare a funcțiilor cerebrale. Ipoteza perioadelor critice,

propusă de Lenneberg E. H. în 1967, afirmă că primii ani de viață constituie perioada în care limbajul și vorbirea se dezvoltă ușor, după care între vârsta de 5 ani și pubertate – mai greu [151]. Adepții acestei idei consideră că limbajul trebuie achiziționat complet în timpul perioadei critice. Se mai menționează că există mai multe perioade sensibile, care se înscriu în timpul de la copilărie la pubertate (perioadă critică importantă pentru achiziția limbajului), afirmându-se că limbajul va fi învățat mai ușor în aceste perioade sensibile, dar cu mai mare dificultate în afara lor [30, 52].

Siegler R., Deloache J., Eisenberg N. [188] menționează autori ca Penfield W. și Roberts L. [170] și Lenneberg E. H. [151], în calitate de adepți ai ideii existenței unei perioade critice pentru achiziția limbajului și vorbirii. Această ipoteză s-a bazat pe dovezi din studii experimentale asupra: 1) copiilor sălbatici și victime ale abuzului, care nu au mai putut să dobândească complet capacitatea de a vorbi [55]; 2) copiilor surzi; 3) copiilor cu afazie, care se recuperează mai bine decât adulții afazici.

Datorită faptului că este dificil să se stabilească cu exactitate perioada în care deprinderile lingvistice se formează mai ușor iar o limbă poate fi învățată în mod natural, unii cercetători au propus utilizarea exclusivă a termenului de “perioadă sensibilă” în loc de cel de “perioadă critică” pentru dezvoltarea limbajului și achiziția vorbirii. Distincția între acești termeni permite stabilirea faptului că dezvoltarea limbajului și achiziția vorbirii este “posibilă doar în intervalul definit de vârstă” sau că se realizează mai ușor în cadrul respectivei perioade [130]. Dacă se adoptă noțiunea de “perioadă critică”, se acceptă că vârsta limitează în mod absolut achiziția primară a limbajului și că, după perioada critică, dacă acesta nu a fost dobândit, el nu mai poate fi învățat, condiționând dificultăți de vorbire. Din aceste considerente, dăm prioritate conceptului de perioadă sensibilă, care detaliază procesul de achiziție a vorbirii, nuantează etape distincte în acesta și permite organizarea intervenției specifice fiecărei etape, cumulând eforturi recuperatorii pentru domenii conexe asociate dezvoltării psihosociale.

Guerra N. G., Williamson A. A. și Lucas-Molina B. [130, p. 5] prezintă o serie de diferențe dintre perioadele critice și sensibile în dezvoltarea limbajului și vorbirii. Astfel, după acești autori, perioada critică este o perioadă limitată de timp care începe și se termină brusc și în care se dezvoltă o funcție specifică. În cazul în care în acest timp lipsesc condițiile de dezvoltare, respectiva funcție ulterior se va dezvolta foarte greu. Pentru dezvoltarea limbajului și achiziția vorbirii primii cinci ani de viață sunt o perioadă critică. Dacă limbajul și vorbirea nu se dezvoltă în această perioadă, se vor recupera mai târziu foarte greu și prin intervenții psihosociale și psihopedagogice cu grad sporit de dificultate [30, 35].

O perioadă sensibilă reprezintă un moment temporal în care anumite abilități sunt învățate mai ușor. Perioada sensibilă este asemănătoare cu perioada critică, este la fel un moment optim de

dezvoltare, dar mai bine înțeleasă ca o etapă de maximă sensibilitate, care începe și se termină treptat și este mai susceptibilă la recuperare. De exemplu, învățarea celei de-a doua limbi este mai ușoară înainte de vârsta de 6 ani, dar nu și imposibilă după această vârstă. Terapia TL este mai oportună după vârsta de 3,5-4, în anumite condiții chiar după 5 ani, când se stabilește că deficiențele de pronunție nu se mai datorează imaturității aparatului fonoarticular.

După cum afirmă Woll B., dezvoltarea limbajului este un proces care începe foarte devreme în viața umană, primele șase luni de viață reprezentând o perioadă deosebit de sensibilă pentru acestea [206].

La vârsta de aproximativ două luni, copilul gângurește, mai ales cu vocale, iar la aproximativ patru luni utilizează o combinație de consoană-vocală în mod repetitiv [194], după care progresează la combinații de silabe, apoi la enunțuri intenționate de răspuns, fapt care stabilește bazele pentru interacțiune și dezvoltare în continuare a vorbirii [30, 118].

La 1-2 ani copilul poate recunoaște pronunția corectă a unor cuvinte familiare, între 3 și 5 ani are loc conștientizarea fonologică, iar pronunția continuă să se îmbunătățească. Între vârstele de doi și trei ani limbajul se dezvoltă prin interacțiunea maturizării și învățării: crește capacitatea de a reprezenta obiecte, persoane și evenimente.

La aproximativ 3 ani poate face propoziții simple din 3 cuvinte, iar între 3 și 5 ani continuă să adauge morfeme și produce treptat structuri gramaticale complexe.

La circa 4 ani, copiii încep să stăpânească unele dintre regulile pragmatice mai complexe, cum ar fi cele de solicitare politicoasă. Pentru a înțelege ce este politicos, un copil trebuie să aibă capacitatea cognitivă de a lua în considerare punctul de vedere al celeilalte persoane, a-și depăși egocentrismul.

Începând cu 6 și până spre vârsta de 10 ani copiii își dezvoltă capacitatea de a distinge și exprima diferențe fine între cuvinte similare și de a utiliza structuri gramaticale complexe [194].

Conceptele de perioade critice și sensibile sunt și mai controversate atunci când se aplică la dezvoltarea psihosocială. Domeniul social-emoțional implică dezvoltarea de relații cu cei din jur și învățarea normelor sociale și comunitare, precum și capacitatea de a identifica, înțelege, exprima și media sentimentele celuilalt. Dezvoltarea socială este procesul prin care copiii devin tot mai integrați ca persoane distincte în comunitatea socială și este definită de ceea ce literatura de specialitate descrie prin abilități și competențe sociale, conceptualizate de noi în lucrare prin noțiunile de capacități intrapersonale (avându-se în vedere acele caracteristici, care se implică în relația copilului cu mediul social) și interpersonale – la nivel de interrelaționare cu acest mediu [9, 12, 13, 23, 35, 36].

În domeniul dezvoltării sociale/emoționale, cercetările au demonstrat că sugarii încep să-și formeze o serie de capacități sociale: de reglare a emoțiilor, intenționalitate etc. [30, 112]. Sugarii depind de îngrijitorii lor, care le facilitează explorarea mediului extern și, prin extensie, dezvoltarea lor cognitivă și lingvistică, o mare parte din comportamentele social-emoționale ale copilului fiind negociate în contextul relației copilului cu însoțitorul. Un punct critic în această perioadă este dezvoltarea relației de atașament sau de legătură emoțională față de/cu însoțitorul primar [30, 78].

Forța acestei legături indică măsura în care copilul poate folosi însoțitorul ca o bază sigură pentru a explora lumea și se poate dezvolta în plan social-emoțional. Guerra N. G., Williamson A. A. și Lucas-Molina B. [130] afirmă că între vârsta de șapte luni și un an copilul devine circumspect față de străini și manifestă anxietatea de separare [78]. Alături de acest important punct în dezvoltarea socială a copilului, în această perioadă începe raportarea la ceilalți (*social referencing*), când bebelușul se uită la adulții importanți pentru el înainte de a reacționa la situații ambigue, ceea ce îi oferă oportunitatea de a descoperi și de a imita anumite reacții la aspectele legate de mediul lui social.

Între 13 luni și 18 luni se dezvoltă autocunoașterea (*self-awareness*). Sugarii fac cunoștință cu corpul, emoțiile și comportamentele lor ca entități separate, încep să se recunoască pe ei înșiși când se privesc în oglindă [30, 39, 90].

Între 19 luni și doi ani, odată cu dezvoltarea abilităților verbale, crește utilizarea limbii pentru reglarea emoțională, sporește gradul de conștientizare a emoțiilor celor din jur, apar emoțiile complexe: de jenă, vinovăție, rușine, etc., scade intensitatea anxietății de separare, se manifestă primele semne de autocontrol, poate întârzia angajarea într-o activitate plăcută ca jocul, începe utilizarea vorbirii în jocuri pe baza stereotipurilor de gen. În această etapă, copiii continuă să negocieze și echilibreze dependența de însoțitorul primar cu dorința lor de independență, învață că pot avea încredere în adultul care le satisface nevoile de siguranță și de afecțiune [39, 40].

La vârsta de trei ani apare jocul socio-dramatic (*sociodramatic play*) în care se evidențiază capacitatea crescută pentru reprezentări mentale, prieteni imaginari, etc., capacități socio-emoționale de autocontrol, cooperare, perspectivă etc. Între trei și patru ani se dezvoltă dubla reprezentare (*dual representation*), adică recunoașterea faptului că un obiect simbolic, de exemplu o fotografie, este atât obiect, cât și simbol al obiectului (un membru al familiei). Tot atunci se formează capacitatea de a întreține discursuri private (*private speech*), în care copiii vorbesc cu ei înșiși cu voce tare. De asemenea se produce scăderea agresivității reactive ca răspuns la un eveniment extern și creșterea agresivității verbale și instrumentale orientate. Între cinci și șase ani se formează empatia și simpatia, fapt ce conduce la o nouă perioadă în dezvoltarea socială a copilului [130].

Literatura de specialitate menționează o serie de transformări esențiale care se produc de la vârsta preșcolară până la adolescență în domeniile relațiilor sociale de bază, a contextului creat de egali și a provocărilor sociale la care trebuie să facă față individul uman.

Astfel, la vârsta preșcolară solicitările sociale de bază sunt: inițierea prosocială, jocul cooperant, inhibarea agresiunii. Contextul creat de egali este reprezentat de grupul mic/diadic în care jocul constructiv bazat pe fantezie are un rol important, iar provocările sociale sunt exprimate de inițierea interacțiunii și de câștigarea acceptării egalilor.

La vârsta școlară mici se adaugă capacitatea de respectare a regulilor, corectitudinea în joc (*fair-play*), autocontrolul, suportul prietenilor. Contextul creat de egali progresează de la prietenii de grup mic, la jocul competitiv și cooperant specific grupurilor mari, iar provocările sociale relevante sunt: câștigarea acceptării, evitarea respingerii și victimizării, formarea prietenilor cu susținere mutuală.

În adolescență se manifestă solicitări în plus: de abilități de conversație, competențe pentru relații intime - fidelitate, empatie, aptitudini pentru luarea deciziilor sociale. Contextul creat de egali este definit de prietenii intime și de formarea grupurilor bazate pe interese. Ca provocări sociale apar navigarea printre mai multe grupuri sociale, susținerea prietenilor intime, găsirea unor nișe sociale, evitarea victimizării, răspunsul corespunzător la influența egalilor [9, 35, 39, 64, 192].

Interacțiunile preșcolare sunt afectate de jocurile de fantezie, care le stimulează imaginația și le permite să exploreze și să-și consolideze înțelegerea diferitelor roluri, rutine și convenții sociale. În grădiniță, copiii își petrec majoritatea timpului într-o clasă relativ deschisă, cu o programă bazată pe acțiune, care le permite interacțiuni corecte cu nivel de autonomie egal distribuit. În școală, însă, pentru a realiza schimburi reciproc avantajoase cu egalii, ei trebuie să stăpânească "regula de aur" a reciprocității, adică să învețe să se implice, să coopereze și să facă diferite compromisuri [35].

Dacă la preșcolari relațiile cu egalii sunt caracterizate în principal de acceptare, la școlarii mici acestea devin mai complexe. Astfel, apar noi seturi de abilități sociale necesare pentru a forma prietenii, pentru a evita respingerea și pentru protecția împotriva victimizării, precum și pentru menținerea acceptării în grup. În adolescență ele devin și mai complexe, apar relațiile de tip clică și cohortă [192, p. 120].

În toate aceste transformări, „limbajul, ca element esențial de socializare, ajută copilul să-și exprime ideile, sentimentele, nevoile, trăirile și îl sprijină să se cunoască pe sine și pe alții” [32, p. 76], deci îi sprijină dezvoltarea socială și emoțională [9].

Perioadele de dezvoltare a abilităților verbale în conjuncție cu perioadele de dezvoltare socială, constituie adevărate perioade sensibile pentru integrarea socială [10, 11, 66, 103]. Folosind

literatura din domeniu, am ilustrat corespondențele dintre dezvoltarea limbajului, vorbirii și social-emoțională în Tabelul 1.1.

**Tabelul 1.1. Corespondența dintre dezvoltarea limbajului și vorbirii, și cea social-emoțională, de la naștere până la vârsta de 10 ani [aparține autoarei tezei]**

<b>Perioada</b>	<b>Dezvoltarea limbajului și vorbirii</b>	<b>Dezvoltarea social-emoțională</b>
Naștere – 6 luni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• emite sunete asemănătoare silabelor;</li> <li>• vocalizează, găngurește;</li> <li>• plânge pentru a anunța o nevoie;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• întrerupe suptul pentru a zâmbi ca răspuns la discursul afectiv al mamei (zâmbet social) ;</li> <li>• urmărește traseul privirii mamei;</li> <li>• exprimă emoții de bucurie, frustrare, furie;</li> </ul>
7 luni – 1 an	<ul style="list-style-type: none"> <li>• începe procesul de lalațiune ca fază superioară a gănguriturii;</li> <li>• arată un obiect la cerere;</li> <li>• răspunde la propriul nume;</li> <li>• folosește activ holofrazele ca nucleu al unor combinații verbale ce conturează un context;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• decodifică mimica adultului;</li> <li>• dezvoltă relația de atașament;</li> <li>• manifestă anxietate de separare;</li> <li>• se raportează la cei din jur;</li> <li>• se diferențiază de cei din jur;</li> <li>• înțelege comenzi însoțite de gesturi;</li> </ul>
1 an – 1 an și 6 luni	<ul style="list-style-type: none"> <li>• spune primele cuvinte;</li> <li>• își îmbogățește rapid vocabularul;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• manifestă primele demonstrații de empatie;</li> <li>• înțelege cuvinte și instrucțiuni simple în context;</li> <li>• arată la cerere obiecte și imagini, inclusiv obiecte cunoscute;</li> </ul>
1 an și 6 luni – 2 ani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• combină 2 sau mai multe cuvinte;</li> <li>• înlocuiește mai ușor părți din cuvânt cu vocale sau consoane;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• folosește vorbirea pentru a-și controla emoțiile;</li> <li>• exprimă emoții complexe (de vină, rușine);</li> <li>• se poate concentra pe sarcini concrete;</li> </ul>
2 – 3 ani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formulează întrebări despre lucruri prezente;</li> <li>• înțelege fraze și întrebări simple;</li> <li>• înțelege povestiri însoțite de imagini;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• adresează adecvat întrebări despre lucruri prezente;</li> <li>• reacționează adecvat la fraze și întrebări simple;</li> <li>• trăiește emoțional povestirile cu imagini;</li> </ul>
3 – 4 ani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• își educă vorbirea (pronunția) corectă;</li> <li>• își formează vorbirea în propoziții;</li> <li>• organizează sintaxa (în baza regulilor gramaticale) în vorbire;</li> <li>• vorbește relativ fluent, folosește propoziții inteligibile;</li> <li>• posedă un limbaj situativ bogat;</li> <li>• parcurge etapa interogativa, în care predomină întrebările „de ce?”, „cum?”;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formulează impresii, dorințe, constatări, interogații;</li> <li>• dă dovadă de curiozitate față de relațiile și interrelațiile dintre fenomene și obiecte;</li> <li>• conștientizează momentele ordonate în timp;</li> <li>• menține mai mult timp atenția asupra jocului sau a povestirilor;</li> <li>• înțelege întrebările și comenzile cu referință la momente anterioare de timp, secvențe de evenimente;</li> </ul>
4 ani – 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• crește volumul vocabularului la 1.000 de cuvinte;</li> <li>• integrează negația în enunț;</li> <li>• folosește pluralul în vorbirea curentă și pronumele „eu”, „tu”, „noi”, „voi”;</li> <li>• folosește prepoziții și adverbe de timp;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• înțelege fraze care se referă la două momente temporale diferite;</li> <li>• se joacă și colaborează cu prietenii;</li> <li>• își consolidează identitatea personală;</li> <li>• este capabil de autodiferențiere socială;</li> </ul>
5 ani – 6 ani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• folosește două-trei adverbe de timp (“ieri”, „azi”, „măine”);</li> <li>• este capabil să relateze despre 3 imagini cu detalii;</li> <li>• recită poezii lungi cu intonație;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• își alege prietenii;</li> <li>• înțelege oferta și cererea;</li> </ul>

<b>Perioada</b>	<b>Dezvoltarea limbajului și vorbirii</b>	<b>Dezvoltarea social-emoțională</b>
6 ani – 7 ani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• folosite corect 3 adverbe;</li> <li>• relatează despre 3 imagini;</li> <li>• pronunță corect cele mai dificile sunete;</li> <li>• folosește cu mai multă siguranță persoana 1-a și comunică ceva despre aceasta;</li> <li>• învață vorbirea dialogată, își educă capacitatea de ascultare;</li> <li>• își reglează comportamentul verbal și nonverbal din ce în ce mai mult în conformitate cu așteptările mediului social imediat și cu solicitările de rol;</li> <li>• însușește lexicul în concordanță cu regulile și normele specifice de grup din mediul social imediat;</li> <li>• își dezvoltă vorbirea în sens de exprimare a ideilor, sentimentelor, nevoilor și trăirilor personale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dorește să comunice cu cei mici și cu adulții;</li> <li>• dialoghează mai mult cu copiii, decât cu adulții, insistă în a căpăta suportul semenilor, formează prietenii pe criteriul de empatie și activități de interes comun;</li> <li>• inițiază interacțiunii și orientează spre câștigarea acceptării egalilor;</li> <li>• își dezvoltă capacitatea de respectare a regulilor, corectitudinea în activitățile colective (joc, dar și învățare), autocontrolul;</li> <li>• îmbunătățirea capacității de a lua decizii, în sensul schimbării rolurilor de rutină din mediul educațional preșcolar, cu rigorile și convențiile mediului școlar;</li> </ul>
8/9 ani - 10 ani	<ul style="list-style-type: none"> <li>• se orientează cu ajutorul limbajului în rezolvarea problemelor;</li> <li>• folosește fraze scurte, dar variate;</li> <li>• posedă un vocabular influențat de motivație și mediul educativ;</li> <li>• denotă sensibilitate pentru limbi străine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ascultă și dorește să fie ascultat;</li> <li>• dă dovadă de motivație socială;</li> <li>• este receptiv la mediul educațional și învață de la acesta;</li> <li>• învață ușor de la copiii de aceeași vârstă.</li> </ul>

În concluzie pentru analiza expusă în acest compartiment al tezei menționăm că perioadele sensibile pentru dezvoltarea socioemoțională, pe care o examinăm ca o condiție a integrării sociale, și cele pentru dezvoltarea limbajului se află în raport mutual, intercondiționându-se. O atenție deosebită se acordă vârstei de 6-7 ani, care semnifică o perioadă sensibilă marcată de secvențe succesive în achiziții, dar și o perioadă critică cu referință la debutul școlarității mici, integrarea socială defectuoasă la această vârstă constituind o condiție defavorabilă adaptării școlare și întregului proces de dezvoltare a personalității.

Momentele importante care indică la particularitățile dezvoltării copilului la 6-7 ani, conferind sensibilitate acestei perioade de vârstă sunt următoarele:

1) copilul trece de la activitatea de joc la activitatea de învățare, asimilând conținuturile cognitive și semnificațiile sociale, conștient, prin înțelegere;

2) se lărgeste considerabil cadrul deprinderilor printre care cele mai importante sunt: autoservire, organizarea timpului, coordonare motorie, relaționare eficientă cu semenii și adulții, transmitere, ascultare și recepționare corectă a mesajului verbal, organizare a limbajului verbal structurat gramatical corect, gestionarea emoțiilor și a comportamentului non-verbal;

3) se dezvoltă sfera motivațională, trecând din ce în ce mai mult de la motivația extrinsecă la cea intrinsecă, astfel, fiind puse bazele normativității autonome și a capacității de asumare a responsabilităților;

4) se desăvârșesc și se înțeleg mai profund categoriile antinome morale și etice: frumos-urât, bine-rău, corect-incorect, sinceritate-minciună, etc.,

Perioada critică cu referire la debutul școlarității se remarcă prin:

1) contradicția dintre poziția internă formată a copilului cu referință la sine și la mediul social și situația socială reală în care acesta este tratat ca incapabil de decizii și comportamente autonome și responsabile;

2) incapacitatea de a răspunde la provocările interne ale eului social dezvoltat în activitatea curentă de cunoaștere și comunicare cu mediul și de evaluare adecvată de sine, care conduce la manierisme, capricii, încăpățănare, riposte, proteste, închidere în sine și alte forme de comportament compensatoriu;

3) neconcordanța între achizițiile de deprinderi de învățare și solicitările mediului școlar;

4) dificultatea în a răspunde noilor cerințe școlare și sociale care impune renunțarea la spontaneitate și asumarea unei imagini nespecifice vârstei prin imitarea copiilor mai mari și a adulților semnificativi.

Concluzionăm, că o atenție sporită a familiei și școlii asupra momentelor sensibile ale vârstei debutului școlarității contribuie la diminuarea manifestărilor critice. Dificultățile de integrare socială provocate de TL îngreunează achizițiile cognitive, emoționale, comportamentale, moral-etice, aprofundând manifestările critice ale copilului, astfel că perioada, 6-7 ani, sensibilă și critică este optimă pentru intervențiile specializate acordate copilului.

## **1.2. Integrarea socială a copilului: conținut și factori favorizanți/perturbatori**

Prin integrare socială se înțelege procesul în care „prin intermediul interacțiunii dintre individ/grup și mediul social specific/integral au loc modificări/adaptări atât la nivelul individului/grupului în care se integrează, cât și la nivelul sistemului/subsistemului social care integrează, dar și rezultatul unei serii de adaptări și ajustări normative ale individului la un câmp definit de relații de grup, rezultat care are drept consecință dorită eliminarea conflictelor și stabilirea unor raporturi coezive și participative” [33, p. 300-301]. În general, integrarea socială se manifestă în statutul și rolul social al persoanei, în nivelul acceptării sale în diferite grupuri sociale, în accesibilitatea suportului social și a participării la diferite activități ale grupurilor din care face parte [31, p. 75], pentru care „din păcate, nu există criterii general acceptate după care să poată fi apreciată măsura în care s-a realizat” [134, p. 70].

Guralnick M. J. [134], în acord cu marea majoritate a specialiștilor care s-au preocupat de problema evaluării integrării sociale, subliniază faptul că noțiunea de integrare socială implică trei constructe: 1) interacțiunile cu egalii; 2) calitatea relațiilor interpersonale; și 3) natura ajustărilor



care apar în timpul schimbului social. Tot acest autor apreciază că în analiza gradului de integrare sociale (cu particularizare la copii) trebuie luate în considerație așa aspecte ca: a) manifestările integrării sociale: acceptarea activă, integrarea pasivă, excluderea, respingerea; b) forța relațiilor: colegialitatea, prietenia; c) caracteristicile specifice ale colegilor: vârsta cronologică, apartenența sexuală; d) contextul în care au loc interacțiunile cu egalii: joc liber sau activități structurate, jocuri dramatice sau activități motorii [134, p. 70-71].

Fletcher A. C. și Shaw R. A. [120] precizează faptul că în cercetările cu privire la interacțiunile sociale au fost luate în considerare relațiile copiilor cu membrii familiei, cu egalii și cu adulții din comunitate. În ce privește interacțiunile cu egalii acestea pot fi evaluate sub aspectul inițierii lor de către copii, dezvoltându-se interacțiunea, sporind gradul în care sunt utilizate diverse forme de expresie pentru inițiere, receptivitatea sau răspunsul pozitiv și rezonabil la inițiativele celor din jur. Când privește natura conexiunii sociale, menționăm implicarea într-o serie de sarcini sociale, inclusiv conformarea la o solicitare, rezolvarea conflictelor în timpul jocului, accesul în grupurile de la egal la egal și menținerea pentru perioade de timp mai lungi a jocului cu partenerii. Diferențele care pot exista între copii în acord cu nivelul dezvoltării sociale referitoare la egali (evaluate prin tehnici sociometrice) sunt reflectate în strategiile de interacțiune socială utilizate în timpul acestor sarcini. Relaționarea cu cei de-o vârstă, antrenați în același fel de activități, oferă preșcolarului prilejul de a experimenta relații de confruntare, în condiții egale, și permit o diminuare a egocentrismului, alimentat de toate relațiile de până la această vârstă. Prin interacțiuni, copilul devine apt să diferențieze gradul de educație al lui și al altora și să facă față noilor situații [39, 110].

Procesul integrativ implică o serie de capacități sociale, folosite pentru a rezolva probleme interpersonale în contextul sarcinilor sociale de interes, iar calitatea comunicării [9] crește împreună cu competența lingvistică: copiii învață să exprime o varietate considerabilă de acte de comunicare, respectiv să utilizeze limbajul pentru a atinge un anumit obiectiv, cum ar fi a căuta informație, a cere ceva, a-și prezenta propria opinie, a modifica comportamentul altcuiva, a exprima emoții, a întări sau a rupe o relație [186, p. 288].

Integrarea socială este definită de eficacitatea în interacțiunile sociale, care este formată atât din propria perspectivă, cât și din perspectiva celorlalți [9, 148]. Capacitățile intra- și interpersonale sunt asociate cu învățarea socială și emoțională, care includ empatia, asertivitatea, abilitatea de a coopera cu ceilalți și de a rezolva conflictele într-o manieră pașnică [21,22]. Totodată aceste capacități includ abilități afective, cognitive și comportamentale ce asigură succesul în cadrul relațiilor interpersonale [100].

În literatura de specialitate se utilizează destul de frecvent noțiunile de competențe și abilități sociale. În mai multe surse nu se face o diferențiere dintre acești doi termeni. Totuși, unii autori [98, 126] propun diferențierea conceptelor de competențe și abilități sociale. Abilitățile sociale se referă la comportamentul pe care copiii îl demonstrează, iar competențele sociale prezintă nivelul meta-percepției, adică modalitatea în care copiii percep aprecierea comportamentelor personale de către cei din jur, conjugată cu previziunea așteptărilor acestora [39]. Din această perspectivă, Spence S. H. [193] definește abilitățile sociale (*social skills*) drept capacitatea de a efectua acele comportamente care abilitază persoana să achiziționeze competență socială. În acord cu bogata literatură de specialitate citată, autorul include în cadrul abilităților sociale „o gamă de reacții verbale și nonverbale, care influențează percepția și răspunsul altor persoane în timpul interacțiunilor sociale” [193, p. 84], subliniind importanța adaptării cantității și calității răspunsurilor nonverbale: contactul vizual, expresiile faciale, postura, distanța socială și utilizarea gesturilor, la cerințele diferitelor situații sociale. Același autor subliniază și rolul unor calități verbale: tonul vocii, volumul, ritmul și claritatea vorbirii, în impresia pe care persoana o face asupra celor din jur și în determinarea reacțiilor la intențiile de interacțiune socială.

După Gresham F. M. [126], abilitățile sociale sunt „comportamente sau modele de comportament specifice, care determină rezultatele sociale importante în anumite situații, printre cele din mediul școlar aceste rezultate fiind acceptarea de către egali, aprecierea corespondenței sociale dată de către persoanele semnificative din ambianță (profesori, colegi, părinți), realizarea academică, imaginea de sine adecvată, absența comportamentelor dezadaptative” [126, p. 40]. Competența socială include comportamente adaptative, abilități sociale și variabile legate de relațiile cu egalii, cum ar fi, acceptarea, respingerea și prietenia. Autorul menționează studiile de referință realizate de Coie J. D., Dodge K. A. și Kupersmidt J. B. [97] în 1990, Newcomb A. F., Bukowski W. M. și Pattee L. [164] în 1993, care raportează abilitățile sociale la statutul sociometric al copilului: popular, respins, neglijat. În aceste studii statutul sociometric a fost diferențiat în raport cu trei arii: a) sociabilitatea: inițierea, comunicarea, rezolvarea de probleme, comportamentul social pozitiv; b) agresivitatea: comportamentele distructive, afectivitatea negativă, lupta, și c) retragerea: singurătatea, depresia, anxietatea. Studiile au evidențiat faptul că profilul comportamental al copiilor respinși a inclus niveluri mai ridicate de agresivitate și evitare și scăzute de comportament social pozitiv și de interacțiune [164, p. 43].

Manolescu M. [32, p. 41] definește prin competență socială „abilitatea copiilor de a manifesta adecvat comportamente acceptate social, de a forma și întreține relații sociale funcționale cu copiii și adulții din viața lor” și o afirmă ca fiind „în strânsă legătură cu cel al

limbajului și comunicării”. Prin limbaj copiii interacționează cu ceilalți, comunică propriile emoții, discută despre emoțiile celorlalți, despre evenimente cu încărcătură emoțională [32, p. 45].

Guralnick M. J. [131] precizează că abilitățile sociale/comunicative ale copiilor sunt evidențiate de modul în care aceștia se raportează direct la ceilalți, de obicei în secvențe de joc, pentru a obține informații, pentru a-și afirma poziția în cazul unui litigiu sau pentru a clarifica o declarație anterioară. Autorul menționează taxonomiile competențelor comunicative/sociale stabilite de Dore R. Ph. [109], White B. și Watts J. [205, p. 43], care au accentuat fie factorii sociali, fie pe cei comunicativi. Pe de altă parte, competențele sociale se diferențiază în două categorii: de bază și complexe. În prima categorie sunt incluse abilitățile precum contactul vizual, postura, vocea - tonul, claritatea, expresia facială, gestică, abilitățile de ascultare - acordul verbal, mișcările capului. În categoria competențelor sociale complexe intră abilitatea de demarare a unei conversații, solicitarea colaborării, invitarea, solicitarea și oferirea de ajutor, de a da feedback, a răspunde la feedback negativ sau pozitiv, a face față presiunii grupului, a spune nu, a răspunde asertiv, a face față intimidărilor, a negocia și a rezolva conflicte [193, p. 91].

Un aspect important al competențelor sociale este definit de abilitatea copiilor de a procesa informația socială în mod corect, abilitatea de a înțelege și de a infera cauzele și consecințele propriului comportament sau ale comportamentelor altor persoane [39]. Prin observarea abilităților sociale aparente ale copiilor, părinții, profesorii, alți specialiști trag concluzii cu privire la competențele lor sociale. Dar, deși le consideră diferite, acceptă că ele se află într-un raport de condiționare reciprocă. Reacțiile adulților și ale celorlalți copii pot fi bazate pe evaluările competențelor sociale, iar aceste evaluări pot modela și menține nivelul înalt sau scăzut al abilităților sociale ale copiilor [98]. Conform lui Bukowski W. M. și colaboratorilor săi [92], un copil competent social include informațiile pe care le deține pentru a concepe planuri în vederea interacțiunii cu alții și este capabil de o comunicare verbală și nonverbală adecvată pentru a facilita procesul de înțelegere al partenerului cu care interacționează. Același autor distinge mai multe nivele de complexitate socială în funcție de contexte specifice la care se manifestă competențele sociale, respectiv, la nivel individual, diadic și de grup. La nivel individual, copilul prezintă caracteristici comportamentale, afective și cognitive care contribuie la interacțiunea socială. Aceste caracteristici mai includ și tendințele comportamentale derivate din experiențe sau temperament, cognițiile cu privire la sine și la ceilalți, motivațiile și obiectivele, stările afective și trăsăturile [92]. Experiențele interpersonale la nivelul diadei pot fi conceptualizate ca reflecții ale interacțiunilor sau relațiilor copiilor. Relațiile diadice sunt caracterizate prin conținut: ceea ce partenerii fac împreună; amplitudine: numărul de activități pe care partenerii le împart; calitatea interacțiunilor [178].

Cercetările au identificat o multitudine de factori care determină comportamentul într-o situație socială, grupați în trei categorii: a) intraindividuali, b) interpersonalii – răspunsul celor din jur, și c) contextualii [193]. Dintre factorii intraindividuali, cel mai frecvent au fost studiate capacitățile cognitive, emoționale și volitive. Copilul trebuie să fie capabil să monitorizeze răspunsul altor persoane în interacțiunile sociale și să își schimbe comportamentul în conformitate cu acestea. Monitorizarea propriului comportament necesită o gamă de abilități de percepție socială, prin care se pot interpreta indicii sociali și limbajul corpului altor persoane. Deficitele în percepția socială, în cunoștințele și capacitățile sociale pot duce la o interpretare inexactă a indicilor sociali și la răspunsuri sociale necorespunzătoare. Mulți copii nu reușesc să achiziționeze comportamente prosociale din cauza prezenței conduitelor problematice care intervin (de autostimulare ale unui copil autist, agresiv care poate fi distructiv, dar și productiv, cum ar fi în cazul când un preșcolar învață că luarea unei jucării de la un copil de aceeași vârstă este mai eficientă, decât cererea ei). Dintre factorii interpersonalii, cei mai importanți au fost considerați aprecierile persoanelor semnificative din mediul de viață concret al copilului. Dacă nu se primesc suficiente confirmări pozitive pentru comportamente sociale corecte, sau se primesc frecvent sancțiuni pentru erori, achiziționarea sau utilizarea abilităților sociale se va face cu dificultate [193, p. 86]. Modelul conceptual propus de Spence S. H. [193] a prezentat o relevanță înaltă pentru cercetarea expusă în lucrarea de față, permițând gruparea factorilor care asigură integrarea socială în intrapersonali – expresie a capacităților cognitive, emoționale și volitive implicate în monitorizarea răspunsului comportamental la acțiunea stimulului social, și interpersonalii – relațiile cu persoanele semnificative din mediul social imediat.

Gresham F. M. [126] face distincție între deficitele de achiziție a capacităților sociale și cele de producere a comportamentelor sociale. Un deficit de achiziție constă în absența unei capacități sociale în repertoriul comportamental al individului, iar un deficit de expresie, de producere, se referă la situația în care aceasta există, dar nu se manifestă în una sau mai multe situații sociale. Ambele, dar mai ales cea din urmă categorie, se pot datora unor capacități afective (anxietate), cognitive (distorsiuni datorită stilului atribuțional) sau volitiv-comportamentale (agresivitate) [193, p. 85].

Procesul de integrare socială începe de timpuriu, fiind condiționat în primul rând de mediul familial și școlar. Familia asigură legătura emoțională care creează condiții pentru identificarea cu un grup primar de bază, dar și un model al adaptabilității. Ea ilustrează cum se dezvoltă relațiile și se formează regulile de conviețuire, asigură o rețea de comunicare a experiențelor prin intermediul căreia sunt învățate limbajul, interacțiunile, formele ascultării și negocierii [9, 111].

Baumrind D. [83] afirma ca una dintre funcțiile majore ale familiei este aceea de a încuraja integrarea socială a copiilor prin dezvoltarea unor competențe sociale. Prin competență socială, Baumrind D. definește abilitatea de-a amâna gratificarea, de a considera perspectiva celuilalt fără a refuza realizarea de sine, și de a se supune regulilor. Formarea competenței sociale este susținută de un stil parental autoritar combinat cu suportivitate, rațiune și control, care recunoaște interesele individuale ale copilului. Un stil autoritar, care nu încurajează exprimarea opiniilor, este caracterizat prin supracontrol și interacțiuni restrictive între copii și părinți, nu permite dezvoltarea competenței sociale [83]. Pe măsură ce crește, copilul manifestă atitudini tot mai nuanțate față de cei cu care interacționează, cunoscând întreaga paletă a stărilor afective: bucuria, tristețea, furia, rușinea. O dată cu sentimentul de rușine pe care îl resimte atunci când este pedepsit pentru o greșeală, se formează însă și sentimentul de mulțumire, atunci când reușește să realizeze ceva pe cont propriu. De asemenea progresa în ceea ce privește identificarea sub toate formele ei: prin diferențiere, prin afiliere, prin imitație și prin cogniție [27], ceea ce dezvoltă ”complexul de acțiuni adaptative, care-i dau posibilitatea să se integreze treptat în noul său regim de viață” [28, p. 27].

Integrarea socială este un proces subtil în copilărie, care nu poate fi surprins atât de lesne, precum în adolescență. În adolescență integrarea socială este mai vizibilă, deoarece la această vârstă se accentuează conștiința apartenenței la un colectiv care solicită asumarea unor responsabilități specifice, realizarea unor sarcini care pot fi executate doar în colaborare cu alți membri ai grupului, judecățile și aprecierile, făcute în funcție de criterii sociale însușite și noțiunile morale existente în societate, nu mai sunt văzute unilateral, ci în conformitate cu opinia generală [183]. Dar importanța integrării sociale în copilărie este poate chiar mai însemnată, prezentând poarta de acces a persoanei în sistemul de roluri-statuturi, și mai general, în cadrul de relații cu ambianța socială. De aici rezultă și semnificația sporită a efortului educațional al mediului familial și școlar în vederea integrării sociale a copilului.

Ulterior copilul poate dezvolta un atașament emoțional diferit de cel în raport cu familie, față de educatorii și profesorii săi. S-a demonstrat că atașamentul dintre copil și cadrul didactic are impact asupra dezvoltării sale cognitive și sociale [99]. Formarea atașamentului securizant încă în perioada preșcolară îi poate îmbunătăți semnificativ experiența socială, oferindu-i o mai mare încredere în sine și în ceilalți în perioada școlară. Achiziția autoreglării, definită ca abilitate de a se conforma unei cereri, de a iniția și de a înceta activități în acord cu contextul, de a amâna satisfacerea unei nevoi și de a se comporta acceptabil din punct de vedere social, chiar și atunci când nimeni nu îl supraveghează, devine un semn distinctiv al procesului de socializare [89].

O serie de studii [189] au evidențiat diferențe în ceea ce privește achiziționarea abilităților sociale la grădiniță între fete și băieți. Astfel, s-a evidențiat că băieții au probleme de concentrare

a atenției, comportament hiperactiv și agresiv, care scade treptat o dată cu înaintarea în vârstă, devenind mai sociabili și mai independenți, în timp ce fetele au o tendință mai accentuată spre cooperare și interacțiune cu colegii. Între dezvoltarea limbajului, vorbirii și capacitatea de interacțiune socială, și prin extensie integrarea socială, există relații de condiționare reciprocă [95, p. 82], relații care primesc un caracter specific în cazul existenței unor TL [150, 156].

Limbajul și expresiile nonverbale (gestica, mimica, postura și paralimbajul) contribuie la comunicare, care este „unul din aspectele fundamentale ale adaptării... factor de echilibru al copilului cu mediul înconjurător” [3, p. 40]. Ca sistem de simboluri, limbajul a fost comparat cu o „pârghie socială” care, „ca și pârghia fizică, destinată să modifice starea unui obiect, ...constituie pentru vorbitor un mijloc de a acționa direct prin semnale asupra celorlalte persoane”. Extremitățile acestuia sunt emițătorul și receptorul [59, p. 70], limbajul articulat constituind un mijloc important al intercomunicării umane [73]. Comunicarea comparată cu un „film în derulare în care sensul provine din desfășurarea unor serii de imagini aflate în interrelație” [76, p. 5] este esențială pentru formarea, menținerea și dezvoltarea relațiilor personalizate, ea asigurând construirea „sentimentului identității” și realizând legătura socială dintre indivizi [9].

Schutz W. C. [184] descrie trei tipuri de trebuințe sociale pe care le realizează comunicarea: includerea – sentimentul apartenenței la un grup; controlul – dorința de a influența sau de a exercita puterea asupra altora, în mod direct sau indirect; afecțiunea - nevoia de a împărtăși sentimente cu ceilalți. Orice act de comunicare interpersonală presupune atât rolul de emițător, cât și pe cel de receptor, roluri complementare și introvertibile, care pot fi afectate într-o mare varietate de modalități [9], inclusiv în condițiile unor TL [23, 36].

Limbajul oral are un rol decisiv în socializarea familială [60]. Vorbirea corectă, pronunția adecvată „este un proces complicat, care depinde de capacitatea copilului de a controla aparatul fonoarticulator, de continuă îmbunătățire a capacității de a urmări secvențe fonologice complexe, de capacitatea de a-și monitoriza și corecta producțiile eronate pentru a fi cât mai aproape de vorbirea adultă” [58, p. 99].

Dificultățile de limbaj și comunicare sunt asociate cu impedimente în procesul de învățare și în sfera psiho-emoțională și socială pe toată perioada copilăriei și, ulterior, manifestate în adolescență. Dezvoltarea limbajului, a competențelor verbale și de comunicare: 1) pronunția corectă a sunetelor, cuvintelor și a propozițiilor; 2) utilizarea vocabularului; 3) deprinderile de exprimare; 4) deprinderile de comunicare receptivă; 5) deprinderile de comunicare expresivă [32, p. 87], este considerată piatra de temelie pentru capacitatea copilului de a-și dezvolta competența socială [154, p. 584-585].

TL, respectiv tulburările de pronunție sau dislalia, reprezintă 90% din totalul TL și constau în abateri de la pronunția sau articularea standard a sunetului, silabei sau cuvântului, abateri constând în omiterea, deformarea, substituirea, înlocuirea și inversarea sunetelor [1, 5, 6, 86]. Dacă nu sunt severe, aceste tulburări nu afectează competența comunicativă [175] și copiii pot frecventa școala obișnuită cu terapie în sistem ambulatoriu [138, p. 188]. Dislalia se diferențiază prin gradul de extindere a tulburărilor de articulație și prin structura articulației deficitare. Astfel, sunt descrise ca forme: dislalia simplă monomorfă – lambdacism, rotacism, sigmatism etc., sau polimorfă – extinsă la mai multe grupe de sunete [1, p. 189, 14, 24, 25, 65, 68]. Dislalia nu împiedică dezvoltarea generală a vorbirii, dar poate induce o serie de probleme psihologice: dezvoltare generală inadecvată a personalității, probleme de adaptare socială, dificultăți în achiziționarea conținutului curricular, a competențelor de citire și scriere, de organizare și menținere a atenției, de comunicare cu colegii și adulții sau de comportament: hiperactivitate, agresivitate, comportament violent, anxietate, nesiguranță, neîncredere [150, p. 154].

În perioada preșcolară TL au un impact mai redus, dar la școlar ele au efecte mult mai grave, conducând la limitarea relațiilor interpersonale și de grup, la izolare și autoizolare, la reducerea deschiderii spre comunicare și a motivației de a comunica [168]. Dificultățile care apar în pronunție pot afecta toate aspectele sistemului limbii - semantica, gramatica, fonologia și pragmatica, deoarece aceste subcomponente sunt interdependente. Întârzierile în achiziția lexicală pot avea un impact asupra limbajului expresiv, iar eșecurile în achiziția sintactică pot afecta interacțiunea socială [152, p. 95].

Deși comportamentul social al copiilor cu TL a fost puțin studiat, literatura de specialitate subliniază faptul că insuficienta dezvoltare a capacității de exprimare verbală, specifică acestei categorii de tulburări, afectează în mod specific integrarea socială a copiilor, deoarece ele înrăutățesc calitatea comunicării, exactitatea receptării, dar mai ales a emiterii mesajelor și, îndeosebi, capacitatea de interacțiune, putând deveni cauza unor deficiențe de angajare socială, care în plan comportamental pot duce la comportamente antisociale, de închidere în sine, negativism și încăpățănare [60, 150, p. 152]. Nici interacțiunile cu colegii, specifice copiilor cu TL, nu au fost foarte studiate, dar unele informații despre influența limitării în comunicare au fost deduse din studii conduse în anii 1980 - 1987 asupra copiilor cu TL cu retard mental ușor sau moderat, sau cu deficiențe auditive [137, p. 1309-1310]. Autorii citați anterior subliniază concluziile contradictorii care au fost raportate cu privire la profilurile interactive ale copiilor cu tulburări de pronunție: unele susțin că aceștia inițiază interacțiuni mai puțin frecvent decât copiii normali, altele menționează că nu există diferențe. De asemenea, autorii subliniază faptul că literatura recentă s-a axat pe necesitatea de a evalua și remedia aptitudinile conversaționale ale

acestor copii. Astfel, este menționat studiul condus de Rice M. L., Sell M. A. și Hadley P. A. [177] în 1991 asupra interacțiunilor sociale ale copiilor cu TL într-o clasă obișnuită. A fost studiat dacă inițierile: a) primesc un răspuns care solicită copilul să răspundă la rândul său; b) sunt confirmate; c) primesc atenție, dar nu un răspuns; sau d) sunt ignorate [177, p. 1309-1310].

Studiul lui Hadley P. A. și Rice M. L. [137, p. 1312-1313] a evidențiat faptul că preșcolarii fără tulburări inițiază interacțiuni mai mult între ei, decât cu cei cu TL, și sunt mai frecvent destinatari în toate inițierile între egali. În acest fel se evidențiază lipsa de receptivitate din partea colegilor față de copiii cu TL. Când copiii cu TL inițiază o conversație, eu sunt mai ignorați decât colegii lor normali, fie din cauza faptului că nu încearcă să câștige atenția partenerilor înainte de inițiere “prin creșterea proximității fizice, stabilirea contactului vizual, sau utilizarea de semnale vocale”, fie datorită lipsei de răspuns la inițierile conversaționale, deoarece “nu au înțeles propoziția sau nu au răspuns imediat, nu au avut motivația pentru activitate sau subiect, au răspuns frecvent printr-un singur cuvânt, nu prin mai multe” [137, p. 1314-1315].

Copiii cu tulburări de articulare sunt deficitari într-un cluster de dimensiuni care afectează claritatea mesajului: inteligibilitate redusă, fluentă, calitatea vocii, intensitate, expresia facială. Capacitatea de exprimare verbală redusă, specifică acestei categorii de tulburări, este asociată cu un activism limitat, cu o capacitate redusă de automobilizare la activitate, cu dificultăți în a se asocia la activități specifice etapelor de vârstă: joc (sub diferitele aspecte, în diferite perioade ale copilăriei), și învățare în general [175]. În condițiile activismului redus, comunicarea verbală pierde tot mai mult din conținut, devine tot mai lipsită de coerență, laconică și încărcată adeseori de violențe verbale, însoțită de o gestică și pantomimică exacerbată, dezagreabilă și relativ neadecvată la conținut. Specificitatea comunicării copiilor cu TL, caracterizată de răspunsuri de clarificare puține, utilizare redusă a discursului coerent, capacitate scăzută de a menține o conversație cu colegii, risc de dificultăți de interacțiunile sociale adecvate cu colegii lor, le afectează conectivitatea discursului, cea din urmă fiind caracterizată ca abilitate asociată cu popularitatea socială [177, p. 1299].

Limitările în abilitățile de vorbire și limbaj interactiv reprezintă și dificultăți de interacțiune pentru că expun copiii cu TL la un refuz activ din partea colegilor. Rice M. L., Sell M. A. și Hadley P. A. [177, p. 1300] au identificat faptul că la copiii cu limitări comunicative apar modele de interacțiune socială diferite de cele ale colegilor cu limbaj normal în funcție de trei parametri: a) dorința copiilor de a iniția o interacțiune, b) destinatarul specific al acestor inițieri - egali vs. adulți, și c) tipul de răspuns utilizat pentru a continua conversația: inițieri mai puține, mai ales față de colegi, mai puține răspunsuri pentru a construi conversația și a menține interacțiunile verbale. Copiii cu abilități de comunicare limitate inițiază mai multe interacțiuni cu adulții decât cu copiii,



iar cei cu dificultăți de limbaj dau răspunsuri mai scurte, predominant nonverbale și sunt mai evitați ca destinatari ai inițierii unei relații [177, p. 1304].

Copii cu dificultăți de limbaj au greutăți în inițierea și menținerea interacțiunii verbale cu colegii lor, iar creșterea gradului de conștientizare a incapacității de a comunica eficient, experiențele repetate de eșec în conversație, îi pot descuraja sau pot inhiba partenerii la angajarea în interacțiunile viitoare cu ei. Inițierea și răspunsul sunt elemente ale unei conversații sensibile la interfața dintre abilitățile verbale și sociale. Pentru a iniția cu succes o relație, un copil trebuie să aibă intuiția momentului în care poate să se apropie de un alt copil, să negocieze atenția mutuală și să găsească un mod adecvat de a vorbi despre ceva. Inițierile sunt indicatori ai asertivității sociale, dacă ar fi mult mai reduse în comparație cu răspunsurile, ar indica la pasivitate socială [150, p. 152].

La copiii cu TL manifestate în limbajul expresiv a fost depistată o reducere a deschiderii spre comunicare și a motivației de a comunica [168] și un risc crescut de a trimite semnale reduse, întârziate și inconsistente pentru interacțiunea socială [136]. Deși acestea nu au fost studiate extensiv, în interacțiunile cu egalii a fost identificată o diminuare a dorinței acestor copii de a interacționa și a receptivității lor la ofertele sociale ale colegilor [131]. Limitarea de interacțiuni se asociază și cu cunoașterea insuficientă a măsurii în care sunt înțeleși de colegi, cu prevalența învățării prin observare și prin feedback de la semenii mai avansați în comunicare [132, p. 359-360].

Copiii cu TL și comunicare sunt mai susceptibili de a experimenta interacțiuni nereușite, dau dovadă de lipsă de claritate/precizie în comunicare [125] și se simt neacceptați de grup. Ei sunt dezavantajați în relațiile cu egalii încă din perioada preșcolară: se angajează mai puțin în interacțiuni, în conversații active, sunt mai puțin sensibili la inițierea relațiilor de către colegi, au abilități de comunicare sărace, pot da răspunsuri verbale situațional nepotrivite, se implică mai puțin în decizii reciproce și în acte de influențare a celor din jur [133]. În plus, apar diferențe în acceptarea lor de către egali. Din adolescența timpurie tind să aibă o imagine negativă asupra capacităților lor sociale și un nivel scăzut al stimei de sine, mai puțini prieteni și o satisfacție mai redusă de relațiile cu egalii, comparativ cu copii fără TL. Chiar dacă rata succesului în ofertele sociale, repartizarea competențelor sociale/comunicative care apar în cursul schimburilor sociale cu colegii, inclusiv directivele atenuate și neatenuate, este similară cu cea a copiilor care nu au dificultăți, la copii cu TL există o tendință puternică ca succesul să scadă odată cu creșterea complexității experiențelor cu colegii. Astfel, complexitatea discursului direcționat către colegi devine mai redusă și nivelul de dezacorduri, declarațiile de dezaprobare, criticile, refuzul de conformare în timpul interacțiunii devine mai ridicat [131, p. 57-58].

Lindsay G. și Dockrell J. [154] observă că abilitățile de comunicare nu sunt singurul factor care poate afecta relațiile cu egalii la copiii cu TL, dar că acestea sunt asociate cu abilitățile de autoreglare. Dificultățile manifestate din copilărie sunt de natură să afecteze dezvoltarea de strategii de reglare reciprocă, care necesită capacitate de a comunica în mod clar despre nevoile concrete și stările emoționale [154, p.1442]. În plus, poate să apară o percepție greșită asupra statutului în grup [154, p.1443]. Alături de această observație se mai poate reține și cea consemnată de Lindsay G., Dockrell J. și Strand S. [153, p. 812]: aceea că fenomenul este mai prezent la copiii care de la vârsta preșcolară au primit feedback negativ, au fost respinși sau au avut eșec în situațiile sociale și o performanță scăzută. Această situație se asociază cu o stimă de sine scăzută evidențiată prin nemulțumirea față de felul de a fi, evitarea implicării în sarcini noi, tendința de a îi blama pe ceilalți pentru realizările lor, toleranță scăzută la frustrare și, în cele din urmă, o atitudine pasivă și aparent nepăsătoare.

După Fletcher A. C. și Shaw R. A. [120], sentimentul de inferioritate, care poate să apară datorită eșecurilor, ajunge să fie trăit intens, traumatizant și poate să conducă la renunțarea de a comunica. Aceste experiențe compromit dezvoltarea sentimentului de încredere, reduc motivația socială și inițiativa în contactele sociale, care, la rândul lor, limitează oportunitățile pentru dezvoltarea capacității de comunicare. Doi dintre indicatorii dezvoltării socio-emoționale a copilului – stima de sine și autoeficacitatea – sunt în mod special influențați încă din primii ani de viață de calitatea experiențelor comunicative în și cu mediul social [149, 158, 161].

Stima de sine se referă la modul în care se evaluează oamenii și afectează relațiile cu mediul [147, p. 1], iar autoeficacitatea percepută reflectă încrederea în capacitatea individuală de a obține rezultate vizate de propriile acțiuni [82, p. 258]. Toate domeniile eficacității percepute – cognitivă, fizică, socială – sunt semnificativ asociate cu caracteristicile mediului social – familie și școală, influențând viața copiilor [79]. Stima de sine constituie mecanismul afectiv, energizant al eului social, fiind condiționată de relațiile intrafamiliale. Dezvoltarea ei insuficientă duce la reacții defensive, teamă de nou, anxietate și ostilitate [20]. Eficacitatea percepută este asociată cu încrederea de sine și definită ca sentimente cu privire la propria capacitate percepută de a se descurca eficient în diferite situații. Literatura descrie încrederea în capacitatea de interacțiune verbală ca reprezentând autoevaluarea propriei capacități percepute de a susține argumentat punctul de vedere într-o discuție sau de a vorbi într-un grup sau în public, și o încredere în capacitatea de interacțiune socială, care reprezintă autoevaluarea propriei capacități percepute de a se descurca eficient în situații de interacțiuni sociale cu cei din jur. Stima de sine și autoeficacitatea afectează cele mai importante aspecte ale integrării sociale a copilului:

popularitatea și statutul social [94, 181], interacțiunea dintre copil și grupurile sale de apartenență și de referință, precum și raporturile coezive și participative cu aceste grupuri.

Generalizând analiza bibliografică expusă în acest compartiment al lucrării, menționăm că în conținutul integrării sociale a copiilor sunt încorporate capacitățile intra- și interpersonale, care formează competențe sociale, definesc statutul și rolul social al persoanei, nivelul acceptării, accesibilitatea suportului și a participării la activitățile de grup. Factorii care determină integrarea socială, exprimați în trei dimensiuni – intrapersonală, interpersonală și influența mediului, includ în sine o gamă de capacități: cognitive, emoționale, volitive, de percepție socială, interacțiune cu mediul etc., referindu-se în totalitatea lor la comunicarea și relaționarea cu semenii și adulții. TL pot induce o serie de probleme psihologice și de adaptare socială, mai ales prin diminuarea capacității de comunicare, perturbând procesul integrării sociale a copilului.

### **1.3. Importanța relațiilor cu mediului imediat pentru integrarea socială a copilului cu tulburări de limbaj**

Contextul în care se dezvoltă un copil este reprezentat de familie și grădiniță/școală și include percepția lui de către educatori, învățători-profesori și părinți, aprecierea de care se bucură în cadrul grupului, dar și modul în care este perceput acest context de către copil [154, p. 586]. Evaluările persoanelor semnificative din contextul social, mesajele transmise de ele sunt interiorizate de copil, conducând la sentimentul de adecvare sau inadecvare ca persoană. După cum menționează Bronfenbrenner U. [91], autor al teoriei ecologice, microsistemul, care cuprinde relațiile și interacțiunile pe care copilul le întreține în mediul său social imediat (definit în asemenea fel prin prisma poziționării situaționale a factorilor externi semnificativi pentru individ), constituie o condiție esențială a dezvoltării optime, pentru realizarea căreia este nevoie de cooperarea permanentă a celor două submedii: a celui de proveniență (familia) și celui școlar (grădinița, școala) [91].

Experiența socială a copilului începe de la naștere prin atașamentul emoțional și relațiile semnificative pe care le stabilește cu cei din jur. Conform modelului dezvoltării psihosociale [113], în funcție de îngrijirea primită copilul dezvoltă sentimente de încredere sau neîncredere în mediu până la vârsta de doi ani. În stadiul crizei “inițiativă versus vinovăție” el începe să exercite controlul asupra lumii din jur, alegându-și singur partenerii de joacă. Cei care au succes în activitățile întreprinse se simt capabili să preia inițiativa și să conducă, în timp ce alții, care nu dobândesc aceste abilități, rămân cu un sentiment de vină, cu îndoială și cu lipsă de inițiativă. Stadiul se finalizează atunci, când copilul ajunge la un echilibru între a dirija și a lucra în echipă.

Așa cum precizează specialiștii [27], după vârsta de 4 ani copilul se dezvoltă rapid în special în plan interpersonal, deoarece este momentul când acesta cunoaște mai bine și alte medii, decât cel familial, are păreri și preferințe, începe să sfideze normele și aplică propriile reguli. Trebuie ținut cont că la această vârstă, preșcolarul poate deveni pretențios, inadaptabil, rigid în cereri și nevoi sau chiar agresiv dacă dorințele nu-i sunt îndeplinite. Premisa dobândirii comportamentelor sociale la această vârstă este identificarea, care, în conformitate cu Golu F. [27], poate fi de mai multe tipuri: prin diferențiere, prin afiliere, prin imitație, prin cogniție.

În contextul social al copiilor cu dificultăți de limbaj trebuie incluși și specialiștii care se ocupă de terapia acestor tulburări, ceea ce înseamnă că ei confruntă un mediu cu un grad crescut de complexitate [8]. Cercetările au identificat, de exemplu, diferențe în înțelegerea problemelor și nevoilor acestor copii între specialiștii din sănătate – terapeuți de limbaj, profesori defectologi și de sprijin, și psihologii educaționali [107]. Aceste diferențe creează contexte specifice pentru învățarea relațiilor interpersonale, conștientizarea propriei stări emoționale, controlul expresiei emoționale, recunoașterea afectelor la ceilalți [197, 186].

Orice dizabilitate este o experiență triadică, care implică trei componente: copilul care trăiește disfuncția, familia care este afectată de aceasta și mediul extern unde se manifestă ea [114]. Deși nu există multe studii care se referă la percepția copiilor cu dificultăți de limbaj de către cei din jur, se avansează ipoteza că acceptarea lor, atât de către persoanele semnificative cât și de către egalii din grupul de apartenență și de referință, poate fi afectată de dificultățile lor de exprimare [150, 144]. Copiii cu asemenea tulburări sunt expuși riscului de: a) eșec la școală - asociat cu un feedback negativ și b) stigmatizare și etichetare [154, p. 585]. Dată fiind predispoziția copilului cu TL de a emite mesaje cu claritate redusă, uneori dificile de înțeles, receptivitatea persoanelor semnificative din jur la comunicarea lui se poate diminua, iar membrii grupului pot dezvolta sentimentul unei incapacități de a comunica eficient și adecvat cu acesta [120, 85]. Astfel se accentuează dificultățile acestei categorii de copii în stabilirea de relații sociale și în transmiterea emoțiilor [32, p. 45].

Componenta cea mai importantă a contextului de viață al copiilor este reprezentată de familie [9] – unul din submediile importante din mediul social imediat, de aceea reacția familiei la TL a copilului are efectele cele mai importante asupra integrării lui sociale [150, p. 153]. Analizând procesul de socializare prin prisma naturii sistemului de roluri din familie [55], cercetătorii au diferențiat familiile poziționale de cele orientate pe persoane. În familiile poziționale criteriile de delimitare ale statuturilor și rolurilor țin de poziția persoanei în structura de autoritate familială, precum și de identificarea cu membrii familiei, în funcție de vârstă și sex. În cazul acestor familii comunicarea este una închisă, insuficientă la nivelul relației părinte-copil,

fiind deschisă doar la nivelul aceleiași clase de vârstă sau sex. Comunicarea în familia pozițională se face pe verticală descendent. În acest tip de familie copilul dobândește un simț al propriei identități sociale puternic, dar acest lucru se petrece în detrimentul propriei autonomii și al autocontrolului. Copilul va tinde mereu să reproducă prin intermediul comportamentului lui principiul de statut și de rol delimitat de reprezentările pe care și le-a făcut, odată cu internalizarea limbajului. În familia centrată pe persoană statuturile și rolurile sunt slab delimitate, diferența ținând doar de situații. Criteriile de vârstă și sex sunt slab valorizate. În cazul acestor familii comunicarea este una deschisă, puternică la nivelul relației părinte-copil și copil-părinte. Comunicarea în familia centrată pe persoană se face atât pe verticală, fiind una ambivalentă, cât și pe orizontală. Copiii socializați în familii orientate pe persoane sunt autonomi, au autocontrolul foarte bine format, sentimentul identității sociale este mai slab decât al copilului socializat într-o familie pozițională, acesta putându-și reorganiza principiile mult mai ușor [60] și integrându-se mai lesne în alte grupuri sociale [55].

McDowell D. J. et al. [159] a realizat un studiu asupra corelației dintre calitatea relației părinților, comportamentele de socializare emoțională și reglarea emoțională cu competențele sociale ale copiilor. Rezultatele cercetării au arătat că atât relațiile parentale care implică căldură, suport emoțional, sensibilitate, cât și formele mai directe de socializare emoțională, de control parental, sunt corelate cu reglarea emoțională a copilului. De asemenea, McDowell D. J. et al. [159] au arătat că diadele formate din membrii familiei de același sex – mamă-fată, tată-băiat – sunt mai semnificative cu privire la reglarea emoțională, decât diadele formate din membrii de sexe opuse. În ceea ce privește competențele sociale, există o corelație semnificativă între stilul de interacțiune al tatălui și competențele sociale ale copilului. McDowell D. J. et al. [159] au inferat că tații au un rol central în achiziția strategiilor de reglare emoțională a copiilor. Cu cât copiii înaintază în vârstă, cu atât mai mult se distanțează emoțional de tați și se apropie de mame pentru sprijin afectiv și pentru rezolvarea de conflicte.

Este cunoscut faptul că reacțiile părinților la orice dificultate a copilului au o importanță majoră asupra dezvoltării sale. Nu există prea multe cercetări empirice cu privire la impactul tulburării de limbaj a copilului asupra familiei, dar se apreciază că reacția părinților la această dificultate poate afecta primele experiențe sociale și emoționale ale lui [16, 17, 85]. În toate cazurile în care apare o problemă de dezvoltare a copilului, reacția inițială a părinților la acest fapt este una negativă [157].

Un studiu realizat de Bower A. M. și Hayes A. [87] asupra familiilor cu un copil cu dizabilitate intelectuală și a celor cu un copil cu dizabilitate fizică a evidențiat mai multe asemănări, decât diferențe: prezența manifestărilor de anxietate, hiperprotecție sau rigiditate, de

diminuare a coerenței și a accentului pus pe dezvoltarea personală a celorlalți membri ai familiei. Un alt studiu realizat de Heiman T. [139] a identificat patru categorii de reacții ale părinților la problemele copiilor: a) un răspuns emoțional negativ (cea mai frecventă reacție) care include sentimente de depresie, furie, șoc, negare, frică, autoblamare, vinovăție, durere, confuzie, disperare, ostilitate, cădere emoțională; b) reacții în plan fiziologic - plâns, lipsa poftei de mâncare, dureri de cap, de stomac; c) reacții emoționale pozitive; d) reacții nespecifice [139, p. 163], și trei categorii de reacții ale familiei centrate pe problemele intrafamiliale: a) pozitive – încurajări; b) negative – tristețe și c) de suport – atitudini practice [139, p. 164]. Același studiu a identificat patru categorii principale de atitudini ale părinților față de creșterea copilului cu dizabilități: a) focalizare pe părinte; b) focalizare pe dizabilitatea copilului; c) focalizare pe ceilalți copii din familie – fără dizabilități și d) absența unor preocupări speciale [139, p. 165]. În cazul focalizării pe problema copilului, părinții sunt preocupați și de integrarea socială a acestuia, de ideea de a nu fi izolat social sau respins (“a nu avea prieteni”). În cazul focalizării pe copiii fără dizabilități din familie, părinții sunt îngrijorați cu privire la impactul dizabilității copilului asupra fraților, care sunt în situația de a-și asuma responsabilitatea pentru fratele sau sora cu dizabilitate. Studiul citat a relevat faptul că majoritatea părinților (61,5%) au raportat că dizabilitatea copilului lor a consolidat relațiile parentale și că doar o mică parte dintre familiile investigate a apreciat că prezența unui copil cu tulburări le-a afectat viața socială și relațiile cu prietenii [139, p. 166].

Cercetările au evidențiat faptul că prezența în familie a unui copil cu probleme de dezvoltare este asociată cu: grade variate de perturbare a vieții de familie, relații tensionate părinte-copil, control parental ineficient, creșterea stresului parental, dar și cu creșterea toleranței la diferențele dintre oameni și a empatiei. În ce privește interacțiunea părinte-copil, au fost observate reacții de hiperprotecție, acceptare, negare sau respingere, în special în interacțiunea mamă-copil și mai ales la vârste mai mici ale copilului. Hiperprotecția afectează independența, inițiativa și respectul de sine la copil, făcând dificilă integrarea socială a lui, și este mai frecvent întâlnită la părinții care se simt vinovați față de deficiența copilului. Autoritatea poate fi tot o formă a comportamentului de hiperprotecție al părinților, dar implică în primul rând control, dirijism, limitarea capacității de decizie și acțiune a copiilor, astfel copilul fiind mai puțin capabil de integrare în alte grupuri sociale, decât familie. Respingerea exprimată deschis sau voalat implică negarea celorlalte calități ale copilului, ignorare, comparații umilitoare cu ceilalți, ridiculare, diminuând autoeficacitatea și afectând capacitatea de integrare socială, ba chiar mai mult, exercitând un impact dezintegrator chiar la nivelul relațiilor cu membrii familiei. Indiferența și nepăsarea părinților fac și mai dificilă situația copilului cu orice fel de deficiență pentru că, de cele mai multe ori, implică și inconstanță care îl derutează și îl face să se izoleze de mediu. Reacțiile

echilibrate ale părinților la deficiențe copilului sunt, din fericire, cele mai frecvente. Acestea implică înțelegerea situației reale a copilului, sprijin eficient, medierea relației dintre copil și mediul exterior, un climat de toleranță, depășirea sentimentelor de disconfort și jenă: acțiuni cu impact favorizant asupra integrării sociale [55].

Astfel, conchidem că efectele negative ale TL ale copilului asupra familiei: izolarea socială, stresul crescut, discordia familială, pot produce efecte negative asupra integrării lui sociale [186] prin intensificarea dificultăților de interacțiune, mai frecvente la vârste mici și mai rare pe măsură ce se diminuează problemele de expresie. Feedbackul negativ, respingerea sau eșecul în situațiile sociale, dezaprobarea sau exigențele exagerate dar și hiperprotecția celor din jur (ale familiei și/sau mai apoi ale grădiniței/școlii) conduc la tulburări comportamentale și emoționale: hiperactivitate, agresivitate, comportament violent, încredere scăzută în propriile capacități, nesiguranță în plan social, tendință de autoizolare, temeri și chiar predispoziții depresive, sau la conduite care pot fi interpretate ca reacții de apărare: supunere pasivă, invocarea oboselii, perseverarea într-un tip de reacție potrivit pentru anumite circumstanțe.

Pe de altă parte, un mediu familial sensibil, responsabil de nevoile copilului, poate servi ca factor protectiv care facilitează autocontrolul și atenuează efectele dezadaptative ale tulburării de limbaj. În acest climat copilul își poate găsi locul în familie și își înțelege și acceptă situația, devine atent, prietenos, cooperant și stabil emoțional [93]. Dacă dificultățile sociale îi sunt înțelese în familie, el ajunge să-și înțeleagă și să accepte toate aspectele legate de propria deficiență. Pe un fond de relații pozitive și de încredere, copiii cu TL se pot dezvolta adecvat, chiar și la nivelul pronunției [150, p. 153]. În condițiile unor relații de reciprocitate și de egalitate cu frații și surorile, de acceptare din partea membrilor familiei, pot să se simtă egali în familie, și astfel vor ajunge să se simtă egali și în societate, parcurgând procesul integrării sociale cu succes.

Mediul educațional instituționalizat – grădinița și școala – oferă condiții specifice, în care copiii formează relații diferite de cele din familie și își îmbogățesc experiența socială. Așa, mediul grădiniței oferă copilului modalități noi de dobândire a cunoștințelor și experiențelor sociale [28]. În perioada preșcolară educatoarii joacă un rol esențial în formarea emoțională, socială și cognitivă a copilului [108]. În cadrul formal al grădiniței educatoarii sunt și primii oameni care intervin în reducerea stresului pe care copilul îl resimte în familie sau în mediul social. Copilul dezvoltă atașamentul emoțional nu doar cu familia, ci și cu educatoarii și învățătorii-profesorii săi. S-a demonstrat că atașamentul dintre copil și educator, învățător-profesor are impact asupra dezvoltării sale cognitive și sociale [99]. Formarea de atașament securizant îi poate îmbunătăți semnificativ experiența de la grădiniță și școală, oferindu-i mai mare încredere în sine și în ceilalți. Boyer W. [89] arată că educatoarii și învățătorii-profesorii sunt cei care îl asistă pe copil în procesul

de achiziție a autoreglării, pe care o definește ca fiind abilitatea de a se conforma unei cereri, de a iniția și de a înceta activități în acord cu contextul, de a amâna satisfacerea unei nevoi și de a se comporta acceptabil din punct de vedere social, chiar și atunci când nimeni nu îl supraveghează. Dobândirea acesteia este esențială pentru că este considerată de către specialiștii în domeniul educației un semn distinctiv al procesului de socializare și integrare socială în primii ani de viață.

Zwaans A. et al. [208] evidențiază importanța rolului cadrelor didactice în dezvoltarea socio-emoțională a copiilor. Mediul educațional instituționalizat își propune să ajute copiii să obțină satisfacție personală, dar și academică, și de aceea calitatea interacțiunilor dintre copii este un obiectiv social important de care orice grădiniță și școală trebuie să țină cont. Există două tipuri de abordări ale dezvoltării în cercetările cu privire la competențele sociale ale copiilor în etapa de debut școlar: educarea pentru viața adultă și educarea pentru societate. În prima abordare, dezvoltarea competenței sociale implică stadiile de dezvoltare ale copilului și este strâns legată de vârsta acestuia. În a doua abordare, dezvoltarea competenței are ca scop pregătirea copiilor pentru mediul social, pentru a putea funcționa într-o societate democratică și multiculturală. În această abordare se pune accent pe educația caracterului, cea morală și democratică. Conform opiniei lui Zwaans A. et al. [208], în abordarea care se focalizează pe educarea copilului pentru vârsta adultă accentul cade pe componentele intrapersonale și interpersonale ale competențelor sociale: stima de sine, încrederea de sine, abilitățile sociale. Un al doilea factor contextual este mediul semenilor în cadrul căruia copiii învață să devină competenți sociali. Zwaans A. et al. [208] explică diferențele dintre copiii din zonele urbanizate și cele rurale cu privire la diferite viziuni asupra competențelor sociale. Cercetarea a verificat ipoteza, în conformitate cu care cadrele didactice din medii școlare diferite acordă importanță diferită dezvoltării competențelor sociale ale copiilor, ținând cont de complexitatea mediului. Această ipoteză a fost infirmată. Cercetarea a stabilit ca cadrele didactice din mediile școlare urban sau rural acordă aceeași importanță dezvoltării competențelor sociale ale copiilor, chiar mai mult, ei consideră că scopul lor principal constă în a ajuta copiii să și le dezvolte [208].

Problemele de comunicare în mediul școlar ale copilului cu TL nu conduc neapărat la neadaptare, dar relațiile insuficiente pot duce la o funcționare generală sub nivelul optim pentru dezvoltarea copilului în alte domenii ale vieții. Lipsa de răbdare, de încurajare, de recompense sau laude, manifestate de cadrele didactice în raport cu acești copii, influențează nu doar copilul cu TL, dar și atitudinile colegilor față de el, care pot să îl izoleze și ignore, sau să demonstreze intoleranță. Aceste atitudini pot provoca conflicte ale copilului cu cadrele didactice și alți membri ai personalului instituției școlare, care, în anumite condiții, pot conduce la agresiune. La grădiniță



și școală experiența respingerii poate fi resimțită cu atât mai dureros, cu cât aceasta se realizează și în familie [4, p. 235].

Un studiu realizat de Lindsay G. și col. [152, p. 96] au relevat faptul că cadrele didactice nu raportează prea multe probleme asociate TL, mai frecvent pomenite fiind cantitatea și tipul de contacte sociale și de colaborare. Totodată s-a semnalizat faptul că pot fi interpretate ca și comportamente inadecvate eșecurile în comunicare ale acestei categorii de copii, iar dificultățile de relaționare cu ei sunt tratate drept bariere în a le satisface nevoile de comunicare. Un cadru didactic care empatizează cu copilul cu TL, care arată înțelegere pentru problemele lui, nu-i judecă/evaluatează direct acțiunile, ci îi oferă sugestii, îl stimulează să îl sprijină să-și reevalueze deciziile [123].

Studiile indică faptul că copiii cu TL sunt mai puțin acceptați social decât alți copii, beneficiind de mai puține atitudini favorabile, atât din partea adulților, cât și din partea egalilor. Ei sunt mai puțin plăcuți și invitați mai rar să participe la activități sociale, mai frecvent excluși și chiar victime ale hărțuirii sau ale ignorării în plan fizic, verbal și relațional de către colegi [153, p. 812]. Ei sunt adesea expuși ridiculizării de către colegii lor, și lipsei de înțelegere și răbdării din partea cadrelor didactice, ceea ce crește nivelul de tensiune emoțională și afectează dezvoltarea sentimentului de siguranță și achiziționarea unor experiențe pozitive, conduce la retragere, evitare socială, lipsă de cooperare, hiperactivitate, anxietate, diminuarea competențelor prosoziale, reacții agresive sau pierderea interesului pentru școală [73, 56, p. 160, 26, p. 200], diminuarea motivației pentru comunicare sau chiar la neajutorare învățată (*learned helplessness*) [174, p. 62], toate acestea prezentându-se ca indicii ale integrării sociale deficitare.

Bunele relații cu colegii și cadrele didactice în mediul educațional sunt esențiale pentru reducerea consecințelor TL asupra integrării sociale. Ele favorizează dezvoltarea atitudinilor pozitive față de mediul școlar și față de obligațiile școlare, dar și integrarea socială. Dacă, în loc de respingere și neglijare, acești copii dezvoltă relații bazate pe colaborare, comunicare, prietenie, sprijin reciproc, integrarea lor socială se realizează normal. În cazul unor relații deficitare atât în familie cât și la grădiniță-școală, copiii cu TL comportă riscul de a dezvolta forme mai evidente sau mai voalate de anxietate și evitare socială [80]. Acestea se manifestă prin evitarea contactelor sociale, respingerea implicării în activitățile sociale în care nu sunt siguri că vor fi acceptați, temere de ridiculizare, dezaprobare sau respingere, inhibiție în situațiile nefamiliare datorită sentimentului de inadecvare, autodiscreditare, mai ales în relațiile cu persoanele străine. În absența unui suport consecvent și a încurajării, ei pot dezvolta sentimente de inferioritate și neîncredere în cei din jurul lor [81]. Cercetările din literatura de specialitate au relevat existența unor relații semnificative între evitarea și anxietatea socială și alte variabile care țin de relaționarea socială a individului, precum

încrederea de sine, nevoia de afiliere, de schimbare, de dominare sau de apărare. Astfel, persoanele care experimentează niveluri înalte de evitare și anxietate socială tind să aibă mai puțină încredere de sine, nevoie de afiliere și de schimbare. Acestea dezvoltă în mai mare măsură nevoia de respect și de acceptare din partea celorlalți, de apărare împotriva judecăților, evaluărilor și opiniilor din mediul social [121]. Persoanele cu anxietate de evaluare socială și evitare socială dezvoltă mai greu strategii de a face față situațiilor sociale stresante [129, 140], sunt timide, anxioase, percepute a fi mai puțin prietenoase, supraestimează probabilitatea ca interacțiunile lor sociale să se desfășoare deficitar, și induc celorlalți un comportament care să le confirme imaginea de sine deficitară. Ele își subestimează propriile abilități de a face față situațiilor sociale, pe care le privesc cu un pesimism exagerat, eșuând chiar și în situațiile în care dispun de resursele necesare pentru a acționa/interacționa adecvat și eficient [140].

În concluzie, expunem ideea despre importanța familiei și instituției educaționale (grădiniță-școală) pentru formarea condițiilor favorabile integrării sociale a copilului cu TL, condiții manifestate la nivel de relații și atitudini ale exponenților mediului social imediat: părinți, frați și surori, cadre didactice și personal auxiliar, colegi din grupul de copiii. Menționăm și opiniile cercetătorilor expuse în acest compartiment asupra rolului deosebit pe care îl joacă în dezvoltarea capacităților de integrare socială a copiilor cu TL specialiștii care se ocupă de terapia acestor tulburări. Tot în contextul acestui paragraf, concluzionăm despre însemnătatea pe care familia și școala urmează să o ofere celor două grupe de capacități, care favorizează integrarea socială a copiilor cu TL: intra- și interpersonale, considerate de cercetători drept condiție esențială în educația pentru viața adultă.

Analiza teoretico-conceptuală efectuată în capitolul 1 a identificat un interes limitat față de problema integrării sociale a copiilor cu TL cu dezvoltare intelectuală în normă, atenția cercetătorilor fiind orientată prioritar spre grupurile de copii cu dificultăți de integrare cauzate de deficiențe mai grave. Totodată, n-au fost identificate cercetări și studii care ar aborda această problemă în raport cu copilul cu TL aflat în debutul școlarității. Astfel, am identificat **problema de cercetare**, care rezidă din lipsa unei metodologii științifice de identificare a capacităților necesare integrării sociale a copiilor cu TL în contextul intrării în școală și de dezvoltare prin efort psihosocial și terapeutic a acestora.

#### **1.4. Concluzii la capitolul 1**

Concluzionăm că, cercetarea experimentală asupra integrării sociale a copiilor cu TL în debutul școlarității se bazează pe următorul inventar al principalelor informații sintetizate din literatura de specialitate.

1. Limbajul și vorbirea sunt pârghii importante ale dezvoltării sociale și au un impact semnificativ asupra integrării sociale a copilului.

2. Vârsta de 6-7 ani prezintă o perioadă cu semnificație deosebită pentru dezvoltarea limbajului și socială a copilului, în care acesta își reglează comportamentul verbal și nonverbal în conformitate cu așteptările mediului social imediat și cu solicitările de rol, însușește lexicul și își dezvoltă limbajul și vorbirea în sens de exprimare a ideilor, sentimentelor, nevoilor și trăirilor personale, totodată având o necesitate mare de comunicare cu adulții și semenii, insistând în a le căpăta suportul și acceptarea, formându-și prietenii pe criterii de empatie și activități de interes comun, capacități schimbare a rolurilor din mediul educațional preșcolar cu rigorile și convențiile celui școlar. Lipsa de capacități intra-, interpersonale și de deschidere socială în asigurarea interacțiunilor eficiente cu mediul social îi cauzează greutăți în gestionarea curentă a contactelor cu ambianța, pune în primejdie integrarea socială în mediul școlar, care ulterior poate urma un parcurs nefavorabil general.

3. TL produc o serie de efecte negative asupra integrării sociale a copilului aflat în debutul școlarității: probleme de adaptare socială, dificultăți în achiziționarea conținutului curricular, a competențelor de citire și scriere, probleme cu organizarea și menținerea atenției, dar și dificultăți de comunicare cu colegii și adulți, manifestări comportamentale ineficiente – hiperactivitate, agresivitate, anxietate, nesiguranță, neîncredere, activism limitat, capacitate redusă de automobilizare la activitățile specifice vârstei, reducere a deschiderii sociale și motivației de comunicare.

4. Există 3 categorii de factori care determină eficiența integrării sociale a copilului cu TL la vârsta debutului școlarității – intrapersonali, interpersonali și contextuali, exprimați în capacități: a) intrapersonale – dispoziționale, cu referință la stările socioemoționale pe care copilul le trăiește în raport cu sine și cu ambianța socială, b) interpersonale – relaționale, de raportare la mediul social imediat în care se află predominant acesta (familie, grup de semeni, instituție educațională), c) și de deschidere socială, determinate de reacția mediului social imediat la TL și perceperea acesteia de către copil.

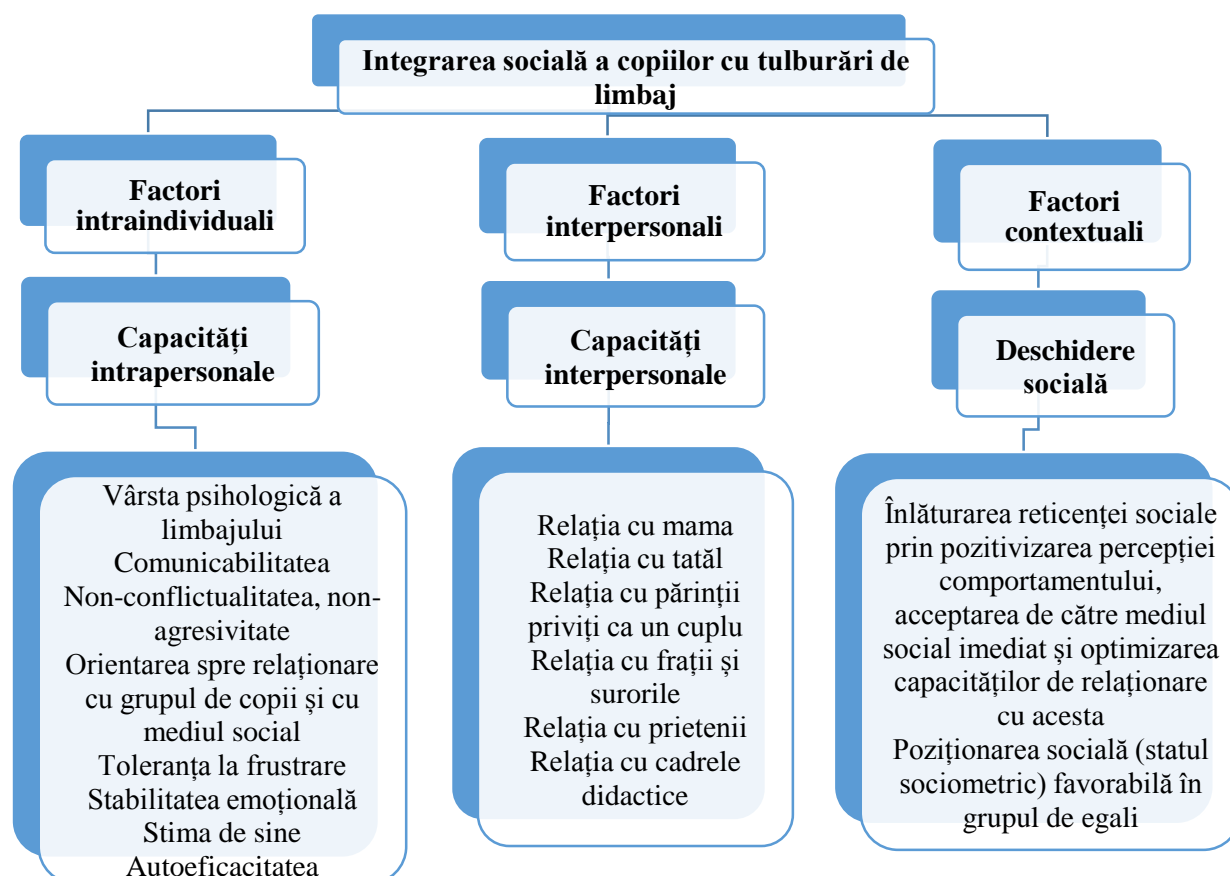
Concluziile summarize mai sus permit elaborarea unui design constituit din trei etape ale cercetării experimentale asupra integrării sociale a copiilor cu TL, de la stabilirea particularităților integrării sociale a copiilor cu TL dintr-un spațiu social definibil (populația de copii cu TL integrați în clasa pregătitoare în mai multe unități de învățământ), la verificarea eficienței unui program de dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale ale copiilor cu TL și terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL). Fiecare dintre aceste etape a avut scopuri, obiective și ipoteze specifice.

## 2. DIMENSIUNILE INTEGRĂRII SOCIALE A COPIILOR CU TULBURĂRI DE LIMBAJ (CERCETARE EXPERIMENTALĂ DE CONSTATARE)

### 2.1. Organizarea cercetării experimentale: materiale și metode

**Baza conceptuală a cercetării experimentale.** Cercetarea experimentală a integrării sociale a copiilor cu TL se bazează pe delimitările conceptuale existente în literatura de specialitate cu privire la noțiunile de integrare socială și tulburare de limbaj, adaptate la obiectul cercetării de față – copiii cu TL cu dezvoltare intelectuală normală aflați în debutul școlarității.

Modelul de investigare a integrării sociale a copiilor cu TL a pornit de la premisa existenței a trei dimensiuni fundamentale ale integrării sociale la această vârstă: una intrapersonală, definită de constructe care țin de personalitatea copilului, mai mult sau mai puțin dispoziționale, una relațională, interpersonală, definită de relațiile conștientizate, receptate/percepute și angajate ale copilului în mediul lui natural de viață, și reacția mediului social imediat la copil.



**Fig. 2.1. Modelul de conceptualizare a variabilelor definatorii pentru integrarea socială a copilului cu TL**

Aceste trei dimensiuni au servit drept bază pentru definirea factorilor integrării sociale, fiind elaborat un model de conceptualizare și măsurare a acestora care conține variabile definiții grupate în capacități intra-, interpersonale și de deschidere socială. Prin măsurarea și analiza statistică a rezultatelor cercetării s-a urmărit validarea valențelor diagnostic–prognostice ale acestui model (Fig. 2.1).

**Etapele cercetării experimentale.** Cercetarea experimentală asupra integrării sociale a copiilor cu TL s-a realizat în trei etape mari: a) etapa constatativă, b) etapa de intervenție ameliorativă și c) etapa de control - de evaluare a efectelor Programului de integrare socială a copiilor și de terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL).

Etapa constatativă a fost precedată de o etapă de documentare și delimitare a cadrului conceptual și metodologic al studiului, de analiză a universului populației din care fac parte grupurile de studiu, de conturarea a design-ului cercetării, selectare și evaluare a potențialului diagnostic al instrumentelor de măsurare (anii 2011-2013).

Identificarea categoriei de copii cu TL, la care problema integrării sociale este stringentă (copii din clasa pregătitoare), s-a realizat în contextul sesiunii de depistare a TL, desfășurate la nivel național și județean în anul școlar 2012-2013, și tot atunci au fost constituite grupurile de cercetare.

**1. Etapa constatativă de cercetare** a nivelului actual al integrării sociale a copiilor cu TL (octombrie-decembrie 2013) a constat în colectarea informațiilor cu privire la particularitățile integrării sociale ale subiecților cu TL (dislalie) în comparație cu cele ale copilului fără TL. Analiza calitativă și cantitativă a datelor colectate s-a finalizat prin stabilirea unui profil al corelatelor intra- și interpersonale ale integrării sociale a copilului cu TL. Au fost cercetate și influențele formei dislaliei (mono- și polimorfă), ale genului copiilor asupra integrării sociale.

Formularea concluziilor și confirmarea ipotezei cu privire la existența unor diferențe în ceea ce privește capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL comparativ cu copii fără TL a condus la mici corectări și la definitivarea PISC-TTL, cu intervenții de optimizare a capacităților socioemoționale (însușiri de personalitate, atitudini și capacități de organizare a relațiilor cu sine și cu alții) și interacțiunilor sociale ale copilului cu mediul social imediat și prin utilizarea exercițiilor de TTL, exersare a noilor cunoștințe/deprinderi în activitățile curente din familie și mediul școlar, în comunicarea cu adulții și egalii.

**2. Etapa de intervenție ameliorativă** (ianuarie-mai 2014) – de implementare experimentală a PISC-TTL (experimentul formativ), a constat dintr-o serie de activități care vor fi descrise ulterior.

3. **Etapa de control** – de evaluare a efectelor PISC-TTL (mai-iunie 2014) a constat din verificarea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și influenței lor asupra indicatorilor integrării sociale a copiilor cu TL (dislalie) corectate/ameliorate ca urmare a programului aplicat.

În final s-a realizat formularea concluziilor cu privire la eficiența PISC-TTL în sensul facilitării integrării sociale a copiilor cu TL, bazată pe sistematizarea, prelucrarea și interpretarea datelor colectate la etapa de control, care a fost subordonată scopului de a propune preluarea și aplicarea programului pe scară mai largă.

**Scopul cercetării de constatare** rezidă în identificarea diferențelor dintre capacitățile intra- și interpersonale, de deschidere socială, importante pentru integrarea socială a copiilor cu și fără TL aflați în debutul școlarității.

**Obiectivele cercetării de constatare:**

- a) elaborarea modelului integrării sociale a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității;
- b) constituirea eșantionului de cercetare – copii fără și cu TL (în cercetare au fost incluși subiecți cu TL – dislalie monomorfă și polimorfă, ținându-se cont de reprezentativitatea acestui grup în zonă), adulți semnificativi pentru aceștia (părinți și cadre didactice);
- c) calcularea diferențelor dintre capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială, de manifestare a reticenței sociale și de statut sociometric în grup a copiilor cu și fără TL, precum și doar pentru copii cu TL în funcție de gen și forma TL;
- d) identificarea particularităților specifice ale integrării sociale a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității, a dificultăților pe care aceștia le comportă, în scopul definirii conținutului intervenției ameliorative.

**Metodele și instrumentele utilizate în cercetare** au fost condiționate de variabilele luate în studiu. Aceste metode au fost:

- 1) convorbirea;
- 2) anamneza;
- 3) testul sociometric;
- 4) metoda semi-proiectivă ("Testul-film" al lui René Gille (TFRG));
- 5) scale de evaluare/autoevaluare.

**Descrierea instrumentelor de cercetare**

În cercetare au fost utilizate, în acord cu categoriile de variabile vizate, următoarele instrumente pentru culegerea datelor:

- 1) cu privire la caracteristicile demografice ale participanților (copii, părinți);
- 2) cu referință la însușirile de personalitate ale copiilor;

- 3) privind calitatea experienței sociale a copiilor (capacitățile de relaționare și relațiile sociale cu principalii actorii ai mediului social imediat);
- 4) pentru aprecierea vârstei psihologice a limbajului copiilor.

Instrumentele utilizate au fost următoarele.

1. **Fișa logopedică și anamneza** au fost utilizate pentru culegerea datelor cu privire la caracteristicile sociodemografice ale participanților (copii, părinți): vârstă, gen, mediul de proveniență, profesie, diagnosticul pus în etapa de depistare și cu privire la relațiile copilului cu membrii familiei, integrarea copilului în familie, altă informație importantă pentru cercetare, care conține și acordul scris al părintelui (Anexa A1.1).

2. **„Testul-film” al lui René Gille** (*The interpersonal attitudes of child /Le Test-Film, Rene' Gille*) (în varianta adaptată de Гильяшева И. și Игнатъева Н. [75]), un instrument compus din 42 de itemi (25 de desene și 17 sarcini verbale) care prezintă situații relevante pentru o serie de 6 caracteristici de personalitate și 7 tipuri de relații interpersonale - atitudini ale copilului față de membrii familiei și persoanele din afara familiei (respectiv 13 scale). Dintre cele 13 scale ale instrumentului, 6 oferă informații cu privire la însușiri de personalitate implicate în relaționarea cu mediul a copilului, precum: curiozitatea (scala 8); tendința spre contactul cu copii în grupuri mari (scala 9); tendința spre dominare și conducere (scala 10); starea de conflict, agresivitatea (scala 11); adecvarea socială a comportamentului - reacția la frustrare (scala 12) și tendința de a se izola, tendința spre singurătate (scala 13). Dat fiind specificul cercetării prezente și multitudinea de variabile luate în studiu, scalele curiozitatea (scala 8) și tendința spre dominare și conducere (scala 10) au fost apreciate ca aducând informații mai puțin relevante pentru caracteristicile de personalitate asociate cu integrarea socială a copiilor cu TL și nu au fost incluse în analiza statistică realizată. Pe de altă parte, 6 scale dintre cele 13 scale ale testului-film al lui René Gille au fost considerate relevante pentru calitatea experienței sociale a copiilor, ele referindu-se la atitudinile copilului față de părinți și alte persoane din mediul lui de viață și calitatea relațiilor cu aceștia, respectiv scalele: relația cu mama; relația cu tatăl; relația cu mama și tatăl (cuplul parental); relația cu frații și surorile; relația cu prietenii/colegii; relația cu profesorul (educatorul). Scorurile reprezentative pentru relația copiilor cu bunica și bunicul au fost eliminate din analiză din cauza faptului că nu toate familiile locuiesc împreună cu bunicii și experiența copiilor este destul de redusă sub acest aspect (Anexa A1.2).

3. **Chestionarul cu privire la personalitatea copiilor** (completat de părinți). Instrumentul a fost construit și validat de M. Grigoriu Șerbanescu (1987) [după 32] și este format din 58 itemi distribuiți în 8 scale pentru a măsura 8 variabile de personalitate: Anxietate generalizată (A); Stabilitate emoțională (S); Introversiune (I); Depresie (D); Toleranța la frustrare

(TF); Egocentrism (E); Emotivitate (R); Perfecționism (P). Instrumentul a fost ușor modificat prin reducerea numărului de întrebări, a scalelor și prin reformularea întrebărilor pentru a asigura înțelegerea optimă din partea părinților. Astfel, au fost reținuți doar itemii a trei scale: toleranță la frustrare, stabilitate emoțională și egocentrism, care se referă la trăsături măsurate și de instrumentul precedent. În total au fost reținuți 22 de itemi. Prin toleranță la frustrare este definită capacitatea copilului de a-și controla emoțiile negative și de a evita exprimarea lor prin comportamente indezirabile social (exemplu de item : „Când este în dezacord cu ceilalți copii manifestă agresivitate verbală “vorbește urât, jignește, țipă, amenință?”). Prin stabilitate emoțională este înțeleasă menținerea aceleiași atitudini în aceeași situație sau în situații similare, reacții emoționale similare în situații asemănătoare social (exemplu de item : „Este perseverent/ă în realizarea activităților mai dificile (obligații la grădiniță, jocuri care solicită gândire și răbdare) - le duce până la capăt chiar dacă întâlnește un obstacol?”), iar prin egocentrism este definită inabilitatea de ajustare a atitudinilor la cerințele mediului social în situații care cer autocenzură sau acceptarea frustrărilor (exemplu de item: „Pretinde sau simte nevoia să i se acorde mai multă atenție decât celorlalți copii, suferă dacă este neglijat?”). La acest chestionar a fost atașată o întrebare cu privire la comportamentul copilului în familie, la care au fost oferite trei categorii de răspuns: 1) manifestă frecvent comportamente indezirabile (notat cu 1), 2) manifestă rar comportamente indezirabile (notat cu 2) și 3) manifestă foarte rar spre niciodată comportamente indezirabile (notat cu 3) (Anexa A1.3).

4. **Scala Stimei de sine** (*Rosenberg Self Esteem Scale*, 1965 [după 179]). Scala cuprinde un număr de 10 itemi. Scorul final se obține prin cumularea punctajelor obținute. Un scor final scăzut reflecta o stimă de sine scăzută. Trei itemi au fost reformulați pentru adaptarea la specificul activității copilului (Exemplu de item: „In general sunt mulțumit/ă de mine”) (Anexa A1.4).

5. **Scala autoeficacității din Inventarul „Child and adolescent wellness scale”** [100]. Inventarul complet cuprinde 150 de itemi care evaluează punctele forte și competențele în diferite domenii asociate cu starea de bine a elevilor cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani. Itemii se grupează în 10 subscale congruente cu constructe care evidențiază competențe precum: adaptabilitate, conștiinciozitate, conectivitate, autoreglare emoțională, empatie, inițiativă, înțelepciune, optimism, autoeficacitate, competență socială. Scala autoeficacității, selectată din inventar pentru cercetarea de față, conține 10 itemi care se referă la încrederea în abilitatea de a răspunde adecvat diferitelor solicitări ale mediului (Exemplu de item: „Știi ceea ce fac bine la activitățile pe care le am) (Anexa A1.5).

6. **Chestionarul cu privire la relațiile dintre părinții copilului** a vizat tipul de relații din cuplul parental. Chestionarul este o adaptare a scalei „Dominanță-submisivitate” (D.S.)



elaborată de Hoskins C. N. [142, 143] pentru a măsura dominanța și submisivitatea partenerilor în cuplurile maritale. Dominanța exprimă orientarea persoanei de a controla mediul familial, opiniile, preferințele și atitudinile partenerului. Spre deosebire de submisivitate, care exprimă tendința de a renunța la propriile opinii, preferințe și atitudini [102]. Itemii originali ai scalei se referă la o serie de aspecte relevante pentru viața de cuplu, unele dintre ele nefiind relevante pentru prezenta cercetare. Astfel că, din cei 37 de itemi ai scalei au fost selectați și adaptați doar 15, în așa fel încât să se poată contura un tablou al climatului familial al copilului. În forma sa adaptată, inventarul oferă date despre 3 tipuri de relații de cuplu specifice familiei în care trăiește copilul: a) Relații de rivalitate între cei 2 părinți (exemplu de item: „Încerc să fiu de acord cu ideile partenerului meu asupra activităților de week-end chiar atunci când am alte gânduri”), b) Relații de autoritate, în care unul dintre părinți simte nevoia să se impună (exemplu de item: „Când nu suntem de acord cu vreun aspect al vieții noastre de familie, fiecare încearcă să și le impună pe cele proprii”) și c) Relații democratice, de tip parteneriat între cei 2 părinți (exemplu de item: „Decidem împreună în tot ceea ce privește familia noastră”). Datorită adaptării operate, modalitatea de cotare a răspunsurilor indicată de varianta originală a devenit mai puțin operațională, deci s-a procedat și la modificarea modalității de cotare. S-a realizat ierarhia scorurilor inventarului și: a) în cazul predominanței (scorurile cele mai mari) relațiilor de rivalitate între cei 2 părinți a fost conferit 1 punct; b) în cazul predominanței (scorurile cele mai mari) relațiilor de autoritate, au fost conferite 2 puncte; c) în cazul predominanței relațiilor democratice (scorurile cele mai mari), au fost conferite 3 puncte (Anexa A1.6).

7. **Chestionarul sociometric** a fost utilizat pentru stabilirea poziției copilului în grupul școlar. Chestionarul a cuprins trei întrebări cu privire la colegii împreună cu care ar vrea să desfășoare diferite activități specifice mediului școlar: activități didactice, de joc, de servire a mesei (Anexa A1.7). Au fost formulate doar întrebări cu privire la alegeri nu și la respingeri, pentru a nu trezi suspiciuni, mai ales la nivelul copiilor cu anumite temeri de a fi marginalizați în grup. A fost aplicat de către învățătoare (care a fost instruită în acest sens). Pentru fiecare grupă a fost întocmită sociomatricea alegerilor exprimate. Indicele de statut social în grup s-a calculat după o metodă care să excludă ideea de respingere. Astfel, pentru fiecare grupă, elevii au fost ierarhizați în ordinea alegerilor primite și s-a calculat prin procedura de percentilare (*n-tiles* din programul SPSS): a) prima percentilă, sub 33 – notată cu 1, reprezentând elevii marginalizați, cu cele mai puține alegeri; b) a doua percentilă - între 33 și 66 – notată cu 2, reprezentând elevii izolați, cu un număr mediu de alegeri; c) a treia percentilă: peste 66 – notată cu 3, reprezentând elevii populari, cu cele mai multe alegeri.

8. **Scala percepției copilului de către părinți.** Acest instrument este elaborat de autoarea lucrării și cuprinde 9 întrebări/afirmații orientate înspre 2 aspecte (deci are 2 subscale) ale percepției copilului de către părinți: a) percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat (4 itemi, exemplu de item: „Copilul meu este inhibat/ă în relațiile cu membrii familiei”); b) Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la TL a copilului (5 itemi, exemplu de item: „Familia noastră este evitată de rude și vecini”). Ambele subscale au 3 variante de răspuns: rar - cotat cu 1 punct și indicând probleme ușoare, uneori - cotat cu 2 puncte și indicând probleme medii, și foarte des - cotat cu 3 puncte și indicând probleme accentuate (Anexa A1.8).

9. **Grila de evaluare de către învățătoare a comportamentului prosocial al copilului,** cuprinde 5 itemi care se referă la comportamentele copilului care exprimă inhibiție în relațiile cu colegii și cu învățătoarea, evitare de către colegi, retragere și evitare a contactelor sociale (exemplu de item: Elevul este “Inhibat în relațiile cu colegii”). Evaluarea se face pe o scală Lickert în 5 trepte (de la 5 - în foarte mică măsură, la 1 - în foarte mare măsură), scorul minim posibil fiind 5 și indicând probleme foarte accentuate de relaționare, iar cel maxim 25 - indicând probleme foarte ușoare de relaționare. Pentru facilitarea raportărilor, scorurile obținute au fost ierarhizate prin procedura de percentilare (*n-tiles* din programul SPSS) în trei categorii: a) prima percentilă - sub 33 – notată cu 1, reprezentând elevii cu probleme accentuate de relaționare; b) a doua percentilă între 33 și 66 – notată cu 2, reprezentând elevii cu probleme medii de relaționare); c) a treia percentilă peste 66 – notată cu 3, reprezentând elevii cu probleme ușoare de relaționare (Anexa A1.9).

10. Pentru evaluarea limbajului copiilor a fost utilizată **proba Alice Descoedres pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului**, mai precis a normei/abaterii în dezvoltarea limbajului în raport cu vârsta cronologică (Anexa A1.10). Metoda este adaptată de Vărășmaș E. și Stănică C. [73], aplicabilă copiilor cu vârste între 3 și 7 ani, este alcătuită din 7 probe: proba I prezintă contrarii cu obiecte și imagini; proba II - completare de lacune; proba III - repetare de numere; proba IV - materii; proba V- contrarii fără obiecte și imagini; proba VI - culori; proba VII - cunoașterea sensului verbelor. Vârsta psihologică a limbajului se obține în funcție de punctajul cumulat la fiecare dintre cele 7 probe conform baremului. Stabilirea vârstei psihologice a limbajului a avut drept scop omogenizarea eșantionului alcătuit din copii cu și fără TL, prin stabilirea nivelului de dezvoltare lingvistică în raport cu vârsta cronologică. Abaterile semnificative de la normă au servit drept temei pentru excludere din eșantionul de cercetare.

Instrumentele utilizate sunt chestionare de tip creion-hârtie, cu administrare individuală, fără limită de timp. Ele au fost aplicate de cadrele didactice în sala de clasă după o instruire

prealabilă oferită de autoarea cercetării. Analiza de consistența internă a itemilor instrumentelor utilizate în cercetare a relevat coeficienți Cronbach Alpha de la acceptabili (0,78) la foarte înalți (0,93), fapt ce conferă credibilitate datelor colectate.

Aceste metode au fost aplicate copiilor din toate trei grupuri (5 - „Testul-film” al lui René Gille, Scala Stimei de sine, Scala autoeficacității, Chestionarul sociometric, Proba Alice Descoedres pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului), părinților (3 - Chestionarul cu privire la personalitatea copiilor, Scala percepției copilului de către părinți, Chestionarul cu privire la relațiile dintre părinții copilului), cadrelor didactice (Grila de evaluare de către învățătoare a comportamentului prosocial al copilului), Fișa logopedică și anamneza fiind completată de către logoped în rezultatul discuțiilor cu părinții și copilul cu TL.

Instrumentele descrise mai sus au fost utilizate atât în cadrul experimentului de constatare, cât și în cadrul experimentului de control, ele permițând colectarea de date cu privire la integrarea socială a copiilor cu TL înainte și după implementarea PISC-TTL.

**Constituirea eșantionului de cercetare experimentală.** Cercetarea problematicii integrării sociale a copiilor cu TL a fost concepută în termenii investigării capacităților intra- și interpersonale asociate funcționării copiilor cu TL în mediul social caracteristic, respectiv familia și comunitatea școlară. Pe lângă capacitățile intra- și interpersonale în sine, cercetarea se focalizează și pe dinamica acestora, influențată de intervenția ameliorativă.

Aceasta a impus includerea în studiu a patru categorii de participanți:

- a) copii cu TL, care au fost incluși în PISC-TTL (grup experimental) și, pentru comparație, copii de aceeași vârstă cu TL care n-au fost cuprinși în intervenția ameliorativă, parcurgând doar terapia logopedică (grup de control I), și fără TL, în scop de a verifica dacă PISC-TTL are capacitatea de a reduce diferențele de integrare socială cauzate de TL, de a conduce la egalizarea integrării sociale a copiilor cu și fără TL aflați în debutul școlarității (grup de control II);
- b) adulți semnificativi care configurează mediul social al copiilor cu și fără TL, respectiv părinți și cadre didactice.

În grupul experimental și grupul de control I au fost incluși doar copii cu TL de tip dislalic (dislalie monomorfă și polimorfă). Decizia de a investiga doar copii cu TL de tip dislalic a fost influențată de faptul că dislaliile reprezintă o categorie de TL foarte frecventă în zona în care autoarea tezei își desfășoară activitatea profesională și de faptul că, în general, acești copii sunt școlarizați în învățământul obișnuit, de masă, cu tratamentul tulburării de limbaj în regim ambulatoriu. Diferența dintre dislalia monomorfă și polimorfă a fost stabilită conform clasificării

făcute de E. Verza [67, p. 34-35], prima fiind limitată la o singură grupă, iar cea de a doua se extinde asupra unor grupe diferite de articulație.

Participanții – copii cu TL – au fost selectați în urma campaniilor de depistare a TL, iar criteriile de includere în grupul experimental și grupul de control I au fost: a) prezența dislaliei mono- și polimorfe; b) vârsta de 6 – 7 ani și înscrierea în clasa pregătitoare; c) acordul prealabil al unui părinte (în toate cazurile a fost mama) cu privire la înscrierea copilului în programul de intervenție ameliorativă PISC-TTL implementat experimental în cadrul CLI pentru grupul experimental, sau doar la TTL, pentru grupul de control I, împreună cu asumarea răspunderii de a asigura copilului frecventarea integrală a programului precum și acceptul de a participa personal la o serie de investigații cu privire la climatul familial și la percepția, locul și statutul copilului în familie.

Pe lângă participanții copii cu TL, în cercetare au fost incluși și copii cu dezvoltare tipică, fără TL care au format grupul de control II. Criteriile includerii în acest grup au fost: a) vârsta de 6 – 7 ani și înscrierea în clasa pregătitoare a școlilor din care au fost selectați copiii din grupul experimental și grupul de control I; b) acordul unui părinte (în toate cazurile a fost mama) de a include copilul în grupul de control și acceptul de a participa personal la o serie de investigații cu privire la climatul familial și la percepția, locul și statutul copilului în familie.

Participanții-adulți incluși în studiu au fost mamele copiilor și cadrele didactice (învățătoarele) care predau la clasa pregătitoare frecventată de elevii selectați atât pentru grupul experimental, cât și pentru grupurile de control. Participarea adulților (ca și a copiilor) la cercetare a fost voluntară și nu a implicat nici un fel de recompensă materială. În total, în cercetare au fost incluși 120 de copii cu TL și 60 de copii fără TL, 180 de mame și 24 cadre didactice din școlile și grădinițele în care, la momentul cercetării, erau deschise clase pregătitoare. Cadrele didactice au participat și în calitate de operatori de date, fiind implicate în colectarea informației, după o instruire prealabilă conform condițiilor cercetării și în conformitate cu acordul semnat (Anexa A.12.2).

Distribuția participanților-elevi în funcție de condiția experimentală, unitatea de învățământ frecventată și clase sunt prezentate în tabelele de mai jos.

În conformitate cu Tabelul 2.1. se poate menționa că în eșantionul de cercetare au fost incluși copii din 12 instituții educaționale – 6 grădinițe și 6 școli gimnaziale, din orașul Târgu Jiu și localități ale județului Gorj.

Pentru eliminarea unor influențe extraexperimentale s-a insistat asupra selectării grupului de control II din aceleași instituții, numărul subiecților variind, în funcție de rezultatul discuțiilor duse cu părinții și semnarea acordului de participare la cercetare (Anexa 2). Totodată, s-a ținut cont și

de disponibilitatea părinților și a copiilor de a frecventa CLI. Toate aceste criterii au determinat selectarea unui eșantion oarecum redus ca număr în anumite instituții educaționale, dar calitativ din punct de vedere al realizării investigației.

**Tabelul 2.1. Distribuția participanților-copii în funcție de condiția experimentală și unitatea de învățământ frecventată**

Instituția	Nr. de clase	Condiția experimentală			Total
		Grupul experimental	Grupul de control I	Grupul de control II	
Grădinița 14 Târgu Jiu	1	4	2	6	12
Grădinița 15 Târgu Jiu	1	4	2	2	8
Grădinița 27 Târgu Jiu	1	3	2	4	9
Grădinița cu program prelungit Motru	1	9	14	10	33
Grădinița cu program prelungit nr 8 Târgu Jiu	2	5	4	8	17
Grădinița cu program prelungit M. Eminescu	1	5	2	2	9
Școala gimnazială Motru	3	6	4	7	17
Școala gimnazială Pompiliu Marcea	3	3	2	10	15
Școala gimnazială Sfântul Nicolae	4	1	4	1	6
Școala gimnazială Turceni	3	9	6	3	18
Școala gimnazială Constantin Brâncuși	3	11	13	7	31
Școala gimnazială Drăguțești	1	-	5	-	5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>60</b>	<b>180</b>

După apartenența sexuală eșantionul este relativ omogen, deoarece în populația generală a copiilor cu TL predomină cei de sex masculin. După forma TL eșantionul s-a distribuit în subiecți cu dislalie mono- și polimorfă.

**Tabelul 2.2. Distribuția participanților în funcție de condiția experimentală, gen, formă a TL**

Condiția experimentală	Gen		Total	Forma TL	
	masculin	feminin		Monomorfă	Polimorfă
Grupul experimental	36	24	60	27	33
Grupul de control I	40	20	60	32	28
Grupul de control II	35	25	60	-	-
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>69</b>	<b>180</b>	<b>59</b>	<b>61</b>

**Tabelul 2.3. Distribuția participanților adulți (mamele copiilor) în funcție de condiția experimentală și vârstă**

Condiția experimentală	Categoriile de vârstă ale mamelor			Total
	22 - 29 ani	30 - 39 ani	40 - 46 ani	
Grupul experimental	15	37	8	60
Grupul de control I	12	36	12	60
Grupul de control II	10	41	9	60
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>114</b>	<b>29</b>	<b>180</b>

Mamele elevilor-participanți la cercetare, cu vârste cuprinse între 22 și 46 de ani ( $M=33,59$ ,  $DS = 4,93$ ) se distribuie în funcție de categoria de vârstă conform tabelul de mai jos, predominând cele cu vârste cuprinse între 30 și 39 de ani.

Date suplimentare cu privire la caracteristicile sociodemografice ale participanților copii și adulți se găsesc în tabelele din Anexa 2.

**Ipoteza de cercetare pentru studiul experimental de constatare.** Copiii cu TL întrunesc scoruri mai mici la variabilele intra- și interpersonale asociate pozitiv, și mai mari la cele asociate negativ cu integrarea socială, comportând un nivel mai înalt al reticenței sociale a mediului imediat și deținând un statut sociometric mai jos în grupul de semeni, față de copiii fără TL.

Specificul configurării capacităților intrapersonale și interpersonale ale integrării sociale a copiilor cu TL a fost relevat prin calcularea și compararea mediilor scorurilor obținute de copiii din grupul experimental cu cele căpătate în grupurile de control I și II cu utilizarea testul t-Student pentru eșantioane independente, pentru identificarea diferențelor dintre integrarea socială a copiilor cu și fără TL a fost utilizat testul Mann Whitney U pentru grupe neparametrice, în scop de evaluare a diferențelor test-retest în grupurile de copii cu TL - testul t-Student pentru eșantioane perechi, pentru compararea a mai mult de două grupuri (multiplă), cum a fost identificarea retest a integrării sociale a copiilor cu diagnostic corectat-ameliorat-staționat – Testul ANOVA, iar pentru stabilirea existenței unei relații liniare – testul de corelație Pearson și testul Spearman's rho pentru eșantioane neparametrice.

Testele statistice au fost utilizate în cercetarea de constatare și de control, după implementarea intervenției ameliorative, pentru identificarea particularităților distincte ale capacităților intra- și interpersonale ale integrării și reticenței sociale, ilustrate de rezultatele obținute în grupurile de copii cu și fără TL, diferențiat pentru copiii din grupul experimental, de control I și II, în conformitate cu forma TL, cu situația ameliorată a TL după programul implementat. În cazul fiecărei măsurări statistice au fost înaintate anumite modele prezumtive. Astfel, în cadrul cercetării experimentale de constatare diferențele presupuse între copiii cu și fără TL au fost următoarele.

1. În comparație cu copiii fără TL, variabilele intrapersonale asociate pozitiv cu integrarea socială (toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, stima de sine, autoeficacitatea, curiozitatea și comunicabilitatea) vor avea valori mai mici, iar cele asociate negativ cu integrarea socială (egocentrismul, conflictualitatea/ agresivitatea, reacția la frustrare și tendința spre singurătate) vor fi mai accentuate la copiii cu TL.

2. În comparație cu copiii fără TL, variabilele interpersonale asociate pozitiv cu integrarea socială (relații pozitive cu persoanele din mediul social imediat, percepția pozitivă din partea părinților, profesorilor și colegilor) la copiii cu TL vor avea valori mai mici.

3. Aspectele integrării sociale și capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială ale copiilor se vor diferenția în funcție de gen.

4. Aspectele integrării sociale și capacitățile intra și interpersonale de integrare socială ale copiilor cu TL se vor diferenția în funcție de forma dislaliei (mono și polimorfă) în sensul că ultima formă a dislaliei va condiționa mai multe dificultăți de integrare socială.

Pentru atingerea obiectivelor și testarea ipotezei de cercetare pentru etapa de constatare, dar și pentru verificarea test-retest a eficienței PISC-TTL în cadrul cercetării de control, a fost realizată evaluarea comparativă a scorurilor din grupul experimental comparativ cu cele ale copiilor din grupurile de control I și II, ale celor cu și fără TL, respectiv ale:

**a) capacităților intrapersonale ale copiilor:** 1) vârsta psihologică a limbajului; tendințe/însușiri de personalitate care prezintă profilul socioemoțional al copilului, precum 2) comunicabilitatea, 3) tendința spre stări conflictuale/agresivitate, 4) tendința la singurătate, 5) toleranța la frustrare, 6) stabilitatea emoțională, 7) egocentrismul, 8) agresivitatea, 9) stima de sine și 10) autoeficacitatea;

**b) capacităților interpersonale ale copiilor,** relațiile și atitudinile copilului față de actorii mediului social imediat: 1) relația cu mama; 2) relația cu tatăl; 3) relația cu ambii părinți (părinți priviți ca un cuplu); 4) relația cu frații și surorile; 6) relația cu prietenii; 7) relația cu cadrele didactice;

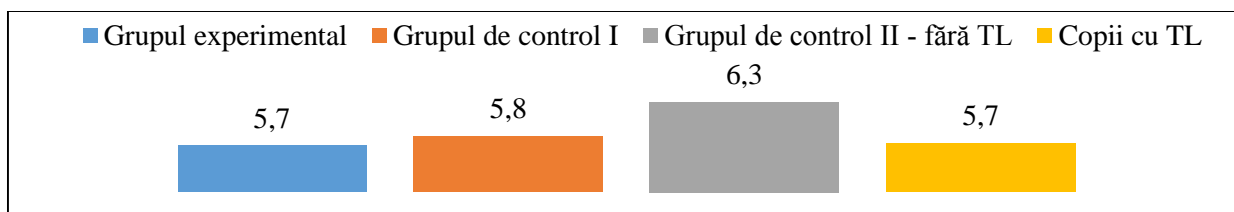
**c) manifestărilor reticenței sociale la copiii cu efecte asupra deschiderii sociale a acestora,** respectiv: 1) tipul de relații din cuplul parental; 2) percepția părinților asupra comportamentului copilului; 3) percepția părinților asupra dificultăților copilului de comunicare cu persoanele din mediul social imediat; 4) percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la TL a copilului; 5) percepția capacităților de relaționare ale copilului de către cadrele didactice; 6) statutul sociometric în grupul de egali.

## **2.2. Capacitățile intrapersonale și interpersonale de integrare socială a copiilor cu tulburări de limbaj**

Capacitățile intrapersonale de integrare socială ale copiilor din grupul experimental și grupul de control I au fost analizate atât sub aspectul intensității manifestării/prezenței, cât și comparativ cu manifestarea/prezența lor la copiii din grupul de control II, copiilor cu și fără TL. Sunt prezentate în principal rezultatele pentru scalele la care au fost identificate diferențe statistic

semnificative între datele căpătate la grupul experimental și cele de control. În continuare vom ilustra rezultatele pentru fiecare din capacitățile selectate pentru cercetare.

Prin intermediul probelor pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului (adaptate după Alice Descoedres) am intenționat să măsurăm o dimensiune esențială a integrării sociale, precum limbajul. După cum s-a menționat în capitolul anterior, copiii cu TL mai frecvent demonstrează probleme comportamentale, socioemoționale, având dificultăți în comunicarea cu semenii și adulții prin deficiența procesului de transmitere-recepționare a gândurilor, intențiilor și expresiilor, denotă impedimente în stabilirea relațiilor, cooperarea cu alții și acceptarea regulilor de grup. Rezultatele la probele de limbaj sunt ilustrate în figura de mai jos (Fig. 2.2.).



**Fig. 2.2. Vârsta psihologică a limbajului copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL**

Astfel, vârsta psihologică a limbajului în cazul copiilor din grupurile de control coincide cu vârsta cronologică, subiecții din grupul experimental denotând reținere cu aproximativ până la 7-8 luni. Diferențele de dezvoltare a limbajului se prezintă ca un teren propice pentru manifestările de anxietate, inhibiție, frică de manifestare, de exprimare a sentimentelor, nevoilor și trăirilor personale, cunoaștere insuficientă de sine, alte împrejurări dificile care împiedică dezvoltarea spirituală și socială a copiilor.

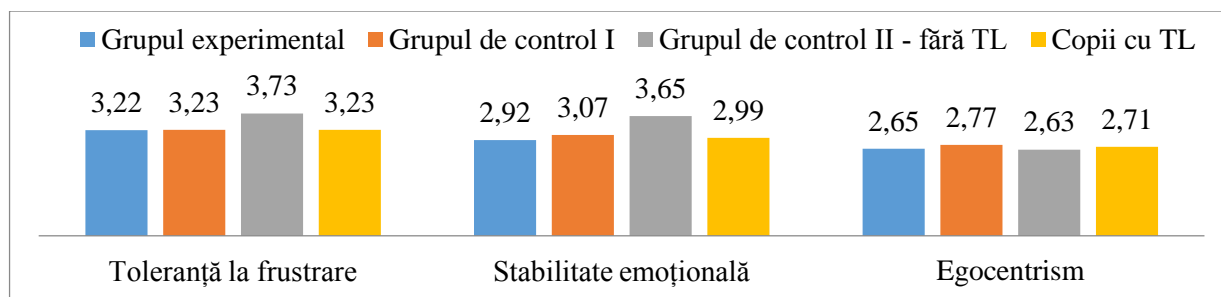
Vârsta psihologică a limbajului copiilor din grupurile experimental și de control I (cu TL) diferă de cea a copiilor din grupul de control II (fără TL). Compararea statistică indică la diferențe semnificative ( $z=5,702$ ,  $p<0,001$ ) între mediile înregistrate în grupurile de copii cu și fără TL, care n-au fost prezente în cadrul comparării dintre grupul experimental și grupul de control I ( $t=0,841$ ,  $p=0,402$ ). Mediile pentru vârsta cronologică a copiilor este de 5,7 pentru grupul de copii cu TL și 6,3 fără TL. Măsurarea vârstei psihologice pentru grupele de copii cu TL monomorfă (5,7) și polimorfe (5,8) și compararea mediilor nu a indicat la o diferență statistic semnificativă ( $t=0,921$ ,  $p=0,358$ ) (Anexa 4).

Astfel, deși mediile indică la o diferență de doar 6-8 luni dintre vârsta psihologică a limbajului copiilor cu și fără TL, se poate, totuși, constata că TL influențează dezvoltarea vocabularului activ al copilului. Totodată, în conformitate cu aceste rezultate a fost exclusă prezența tulburării de întârziere în dezvoltarea vorbirii în cazul copiilor cu TL, coeficienții căpătați înscriindu-se în limitele normei. 78,9% din copii au vârsta psihologică a limbajului înscrisă între



6 și 7 ani. Vârsta psihologică a limbajului constituie 5,94 pentru băieți și 5,87 pentru fete, nu se atestă diferență statistic semnificativă ( $p=0,509$ ) (Anexa 3).

Înșușirile de personalitate ale copiilor au fost identificate prin calcularea scorurilor la chestionarul aplicat mamei. Rezultatele comparate sunt ilustrate în fig. 2.3.



**Fig. 2.3. Însușirile de personalitate ale copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL**

Compararea rezultatelor obținute nu a relevat diferențe statistice semnificative dintre mediile înregistrate în grupul experimental și cel de control I (copii cu TL) la scalele stabilitate emoțională ( $p=0,899$ ), toleranța la frustrare ( $p=0,327$ ), egocentrism ( $p=0,429$ ). Prin compararea mediilor pentru grupul experimental și grupul de control II au fost identificate diferențe statistice semnificative pentru evaluarea stabilității emoționale și a toleranței la frustrare a copiilor de către părinți (în ambele cazuri ( $p<0,001$ )), nu și în cazul scalei egocentrism ( $p=0,909$ ). Aceleași rezultate au fost identificate și în compararea statistică a mediilor pentru grupele de control: diferențe semnificative pentru primele două scale ( $p<0,001$ ) și lipsă de diferență pentru a treia ( $p=0,367$ ). Calcularea diferențelor scorurilor căpătate de copii fără TL și de eșantionul total de copii cu TL a remarcat coeficienți semnificativi pentru toleranța la frustrare ( $z=4,219$ ,  $p<0,001$ ), stabilitatea emoțională ( $z=4,289$ ,  $p<0,001$ ), dar nu și pentru egocentrism ( $z=0,702$ ,  $p=0,483$ ).

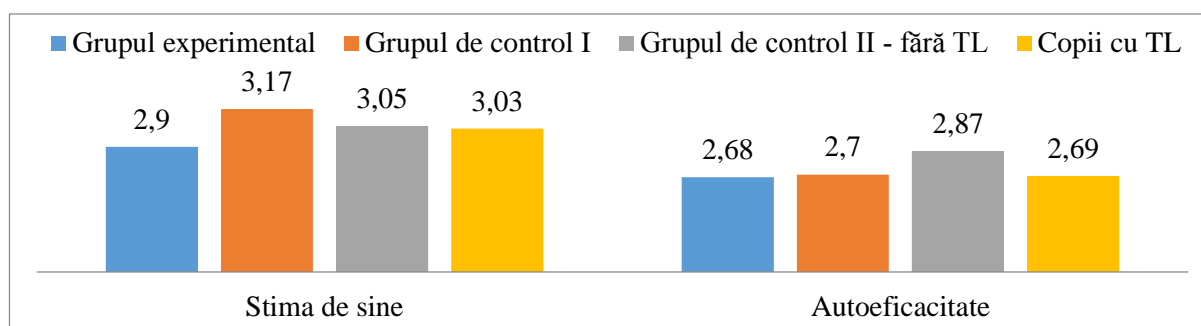
Compararea scorurilor căpătate de copiii cu dislalie monomorfă și polimorfă – respectiv 3,39 și 3,06 pentru toleranța la frustrare, 3,12 și 2,87 pentru stabilitatea emoțională, 2,73 și 2,69 pentru egocentrism – indică la o singură diferență statistic semnificativă care ilustrează o rezistență mai joasă la frustrare a copiilor cu TL polimorfă ( $p=0,012$ ) (Anexa 4).

Deoarece dislalia se întâlnește cu o frecvență mai înaltă la copiii antepreșcolari – de până la 4-5 ani, având o origine fiziologică ca urmare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticulator și a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii, copiii care suferă de o dislalie care se menține după 5-5,5 ani, grație modului defectuos de vorbire, sunt afectați emoțional, motiv pentru care TTL, concentrată doar pe mecanismul de pronunție, nu dă efectele pozitive scontate. Mai puțin toleranți la frustrare și emoțional instabili, acești copii înclină spre izolare sau opozanță

cu grupul de semenii sau cu adulții semnificativi, fapt remarcat de părinți în aprecierea trăsăturilor de personalitate ale subiecților cercetării.

Compararea mediilor pentru grupe de gen nu a relevat diferențe statistice semnificative pentru toleranța la frustrare ( $p=0,437$ ), pentru stabilitatea emoțională ( $p=0,810$ ), pentru egocentrism ( $p=0,724$ ) (Anexa 3).

Alte capacități intrapersonale, precum stima și autoeficacitatea, sunt influențate de starea emoțională defectuoasă. Din aceste considerente, diferă rezultatele căpătate prin aplicarea Chestionarului Rosenberg și Inventarului „*Child and adolescent wellness scale*” (Fig. 2.4).



**Fig. 2.4. Manifestarea stimei de sine și autoeficacității în cazul copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL**

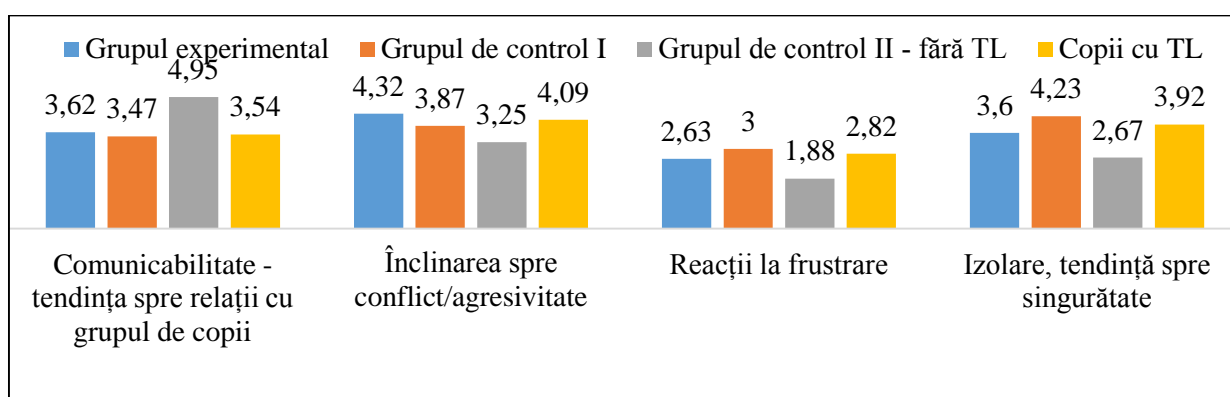
Copiii cu TL au nevoie mai mult decât cei cu vorbirea coerentă de susținerea socială: atenția necondiționată și ascultarea activă din partea adulților de referință și a semenilor din grupul de apartenență, dezvoltarea sentimentului de siguranță și încredere în posibilitatea de terapie a limbajului. Doar în așa mod pot fi contracarate efectele sociale, uneori devastatoare în planul dezvoltării personalității, pe care TL le pot provoca.

Rezultatele căpătate în grupul experimental și grupul de control I sunt foarte asemănătoare, fără diferențe statistice semnificative a mediilor pentru scala autoeficacitate ( $p=0,845$ ) și cu diferențe semnificative pentru stima de sine ( $p=0,046$ ). Între mediile pentru scala stimei de sine înregistrate în grupul experimental și grupul de control II nu există diferențe semnificative ( $p=0,228$ ), pe când compararea mediilor la autoeficacitate indică la diferențe semnificative în favoarea copiilor fără TL ( $p=0,022$ ). Cele mai înalte scoruri la scala stimei de sine au acumulat copiii din grupul de control I, dar rezultatele nu se deosebesc semnificativ de cele ale copiilor fără TL ( $p=0,324$ ), pe când la scala care măsoară autoeficacitatea rezultatele sunt aproape similare cu cele ale copiilor din grupul experimental și se deosebesc semnificativ de cele ale grupului de control II ( $p=0,035$ ). Calcularea diferențelor scorurilor căpătate de copii fără TL și de eșantionul total de copii cu TL a remarcat coeficienți semnificativi pentru autoeficacitate ( $z=2,437$ ,  $p<0,015$ ), dar nesemnificativi pentru stima de sine ( $z=0,303$ ,  $p=0,762$ ). Compararea mediilor înregistrate în grupul de copii cu dislalie monomorfă și cel cu dislalie polimorfă n-a constatat diferențe statistice

semnificative pentru stima de sine ( $p=0,211$ ) și autoeficacitate ( $p=0,058$ ), deși în ultimul caz se poate constata o eficacitate mai înaltă în grupul copiilor cu TL polimorfă (2,61 față de 2,77). Nu s-au identificat diferențe statistic semnificative pentru grupuri formate în bază de gen:  $p=0,413$  pentru compararea scorurilor medii ale stimei de sine,  $p=0,798$  – ale autoeficacității.

Concluzionăm că TL nu influențează stima de sine, dar se reflectă asupra aprecierii eficacității personale, forma dislaliei și genul copiilor nu contribuie la diferențe (Anexele 3-4).

Printre dificultățile de integrare socială, determinate intrapersonal, se numără și cele pe care le-am identificat prin intermediul „Testul-film” al lui René Gille: tendința spre contactul cu copii în grupuri mari, starea de conflict și agresivitatea, reacția la frustrare și tendința de a se izola (Fig. 2.5).



**Fig. 2.5. Capacitățile intrapersonale manifestate în relațiile cu mediul social imediat ale copiilor din grupurile experimental și de control I și II, cu și fără TL, identificate prin „Testul-film” al lui René Gille**

Mediile indică la capacitatea mai joasă de relaționare cu grupul de semenii a copiilor cu TL, nu există o diferență statistic semnificativă a mediilor calculate pentru grupul experimental și grupul de control I ( $p=0,362$ ), pe când scorurile medii din grupul de control II se deosebesc de cele ale grupului experimental și ale grupul de control I ( $p<0,01$ ).

TL influențează și alte capacități intrapersonale care determină caracterul relațiilor cu mediul imediat. Copiii din grupul experimental și din grupul de control I sunt mai înclinați spre conflict, mai agresivi, mai reactivi la frustrare, mai tentați să se izoleze, să aleagă singurătatea.

Compararea scorurilor a identificat diferențe statistic semnificative la toate capacitățile intrapersonale determinante pentru integrarea în grupurile din mediul social imediat, măsurate în grupurile de copii cu și fără TL: comunicabilitate ( $z=7,230$ ,  $p<0,001$ ), înclinare spre conflict și agresivitate ( $z=4,918$ ,  $p<0,001$ ), reacție la frustrare ( $z=6,476$ ,  $p<0,001$ ), izolare și tendință spre singurătate ( $z=5,118$ ,  $p<0,001$ ).

Nu există diferențe statistic semnificative ale mediilor înregistrate de copiii cu dislalie monomorfă și polimorfă pentru comunicabilitate în grupul mare de copii ( $p=0,307$ ), înclinare spre conflict și agresivitate ( $p=0,947$ ), izolare și tendință spre singurătate ( $p=0,849$ ), diferite fiind rezultatele pentru reacția la frustrare – respectiv 2,59 și 3,03, unde compararea statistică scoate în evidență o manifestare a acesteia mai puternică în cazul copiilor din grupul al doilea ( $p=0,012$ ).

Apartenența la gen nu influențează capacitățile date: comunicabilitatea ( $p=0,357$ ), conflictualitatea/agresivitatea ( $p=0,581$ ), reacția la frustrare ( $p=0,542$ ), izolarea, tendința spre singurătate ( $p=0,386$ ).

Informația expusă mai sus ilustrează că copiii care prezintă TL reclamă un efort educațional deosebit, deoarece, oricât de ușoară ar fi tulburarea, aceasta influențează negativ comportamentul, atât datorită posibilităților reduse de exprimare, cât și manifestării unor temeri și rețineri care îi împiedică să se afirme la nivelul capacităților reale, producând o stagnare în dezvoltarea personalității, modificând relațiile cu semenii, singularizându-i și împiedicându-i în mare măsura să participe la jocuri sau la alte activități comune. De aceea limbajul necesită o permanentă stimulare, iar copiii – o antrenare insistentă în activitățile de grup.

Climatul afectiv, încurajările și stimularea tonusului psihic ridicat constituie condiții deosebit de importante pentru recuperarea copiilor cu TL [65].

**Tabelul 2.4. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental și de control**

Capacități intrapersonale și de integrare în grup	Medii			Comparare medii t Student pentru eșantioane independente		
	Grup experimental	Grup de control I	Grup de control II	Gr.exper.-Gr.contr. I	Gr.exper.-Gr.contr. II	Gr.contr.I-Gr.contr. II
Vârsta psihologică a limbajului	5,67	5,77	6,30	t= 0,841, p= 0,402	t=6,118, p< 0,001	t= 4,936, p< 0,001
Toleranța la frustrare	3,22	3,33	3,73	t= 0,127, p= 0,899	t=4,039, p< 0,001	t= 3,891, p< 0,001
Stabilitatea emoțională	2,92	3,07	3,65	t= 0,984, p= 0,327	t=4,495, p< 0,001	t= 3,801, p< 0,001
Egocentrism	2,65	2,77	2,63	t= 0,794, p= 0,429	t=0,114, p= 0,909	t=0,906, p= 0,367
Stima de sine	2,90	3,17	3,05	t=2,019, p=0,046	t=1,212, p=0,228	t=0,990, p=0,324
Autoeficacitatea	2,68	2,70	2,87	t=0,196, p=0,845	t=2,330, p=0,022	t=2,137, p=0,035
Comunicabilitate - relații cu grupul de copii	3,62	3,47	4,95	t=0,915, p=0,363	t=6,728, p< 0,001	t=7,997, p< 0,001
Stări conflictuale/agresivitate	4,32	3,87	3,25	t=2,263, p=0,025	t=6,403, p< 0,001	t=3,292, p< 0,001
Reacția la frustrare	2,63	3,0	1,88	t=2,120, p=0,036	t=4,924, p< 0,001	t=7,820, p< 0,001
Izolarea, tendință spre singurătate	3,6	4,23	2,67	t=1,935, p=0,055	t=4,075, p< 0,001	t=5,454, p< 0,001

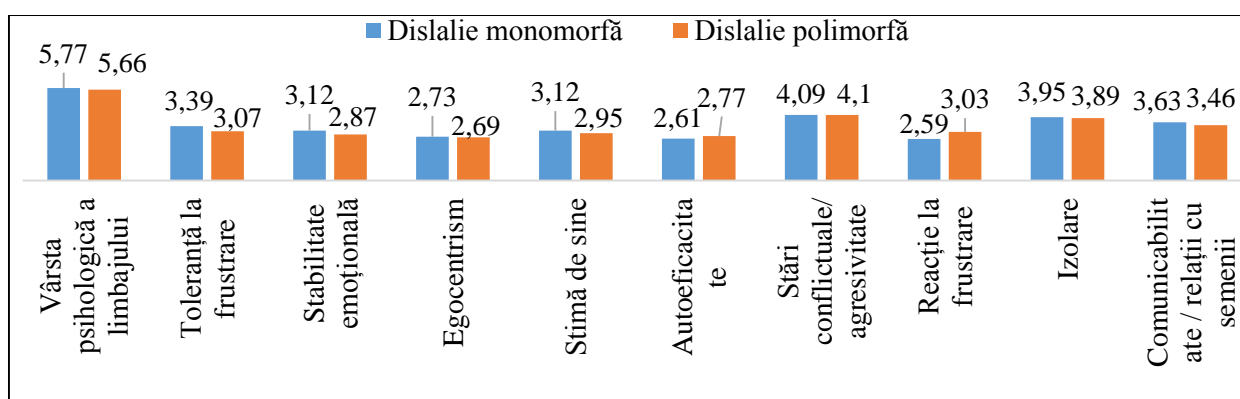
Am general în tabele informația cantitativă privind capacitățile intra- și interpersonale ale copiilor cu și fără TL (Tabelele 2.4 – 2.5).

Așa cum este ilustrat în tabelul de mai sus, copii din grupul experimental și grupul de control I au în medie vârsta psihologică a limbajului sub vârsta lor cronologică de 6 și 7 ani, raportează un nivel ridicat al stărilor conflictuale/agresivitate și al tendinței spre singurătate, întruind scoruri corespunzătoare nivelului caracterizat ca „în mare măsură”, și un nivel relativ scăzut al comunicabilității, toleranței la frustrare, stabilității emoționale, stimei de sine și autoeficacității – scoruri corespunzătoare unui nivel scăzut sau mediu.

**Tabelul 2.5. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu și fără TL**

Capacități intrapersonale și de integrare în grup	Medii		Comparare Mann-Whitney U
	Copii cu TL	Copii fără TL	
Vârsta psihologică a limbajului	5,72	6,30	$z=5,702, p<0,001$
Toleranța la frustrare	3,23	3,73	$z=4,219, p<0,001$
Stabilitatea emoțională	2,99	3,65	$z=4,289, p<0,001$
Egocentrism	2,71	2,63	$z=0,702, p=0,483$
Stima de sine	3,03	3,05	$z=0,303, p=0,762$
Autoeficacitatea	2,69	2,87	$z=2,437, p<0,02$
Comunicabilitate - relații cu grupul de copii	3,54	4,95	$z=7,23, p<0,001$
Stări conflictuale/ agresivitate	4,09	3,25	$z=4,918, p<0,001$
Reacția la frustrare	2,82	1,88	$z=6,476, p<0,001$
Izolare, tendință spre singurătate	3,92	2,67	$z=5,118, p<0,001$

Analiza statistică prin testul t-Student de semnificație a diferenței dintre scorurile medii comparate pentru două eșantioane independente și testului neparametric Mann-Whitney U arată diferențe statistic semnificative pentru majoritatea mediilor calculate în grupurile de copii cu TL și cel al copiilor fără TL (Tabelul 2.5), cu excepția mediilor acumulate la variabilele egocentrism și stimă de sine, pe când scorurile căpătate în grupul experimental și grupul de control I (Tabelul 2.4) în mare parte nu înregistrează o diferență semnificativă a mediilor.



**Fig. 2.6. Diferențe în manifestarea capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu dislalie monomorfă și polimorfă**

Analiza diferențială a scorurilor capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor în raport cu diagnosticul tulburării de limbaj a relevat faptul că subiecții cu dislalie monomorfă, comparativ cu cei cu dislalie polimorfă, au un nivel semnificativ statistic mai înalt al toleranței la frustrare ( $p=0,012$ ) și mai jos în reactivitatea la frustrare ( $p=0,012$ ) (Fig. 2.6, Tabelul 2.5, Anexa 4).

Deoarece în dislalia polimorfă vorbirea este și mai puțin accesibilă, decât în cea monomorfă, dislalicul confruntând dificultăți în exprimarea gândurilor și ideilor, deci și în relaționarea cu semenii și adulții semnificativi, sunt mai scăzute scorurile care denotă stabilitatea emoțională, stima de sine, relaționarea cu grupul. Totuși, copiii cu dislalie polimorfă denotă un nivel mai înalt al autoeficacității, probabil, rezultând din compensare sau din strategiile educaționale ale părinților și educatorilor (Anexa 4). Compararea statistică a relevat diferențe pentru nivelul toleranței la frustrare ( $p<0,02$ ) și al reacției la frustrare ( $p<0,02$ ). Copiii cu dislalie polimorfă confruntă mai puternic frustrarea, decât cei cu TL monomorfă.

Analiza diferențială în raport cu genul a scorurilor capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor nu a relevat diferențe semnificative statistic (Anexa 3).

Pentru a identifica condițiile familiale care influențează capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental am recurs la corelarea datelor. Analiza corelațională (Spearman's rho) a evidențiat relații semnificative statistic pozitive între:

- vârsta tatălui cu stabilitatea emoțională și autoeficacitatea;
- vârsta mamei cu stabilitatea emoțională;
- numărul de frați cu vârsta psihologică a limbajului, stabilitatea emoțională, dar și cu reacția la frustrare și izolare, tendința de singurătate (Tabelul 2.6, Anexa 5).

**Tabelul 2.6. Corelații între capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL și caracteristicile membrilor familiei (Spearman's rho)**

	Vârsta psihologică a limbajului	Stabilitate emoțională	Autoeficacitate	Reacția la frustrare	Izolare
Vârsta tatălui		$\rho = 0,595^*$ , $p=0,015$	$\rho=0,610^{**}$ , $p=0,009$		
Vârsta mamei		$\rho=0,760^{**}$ , $p=0,000$			
Numărul de frați	$\rho=0,573^*$ , $p=0,016$	$\rho=0,539^*$ , $p=0,022$		$\rho=0,501^*$ , $p=0,031$	$\rho=0,493^*$ , $p=0,037$
** Corelația este semnificativă la $p\leq 0,01$ . * Corelația este semnificativă la $p\leq 0,05$ .					

Cu cât vârsta tatălui și a mamei este mai înaltă, iar componența familiei mai numeroasă, cu atât mai stabil emoțional este copilul cu TL. Vârsta tatălui influențează pozitiv și autoeficacitatea copilului. Analizând aceste rezultate, am solicitat diverse surse, care ar explica rolul de figură de

atașament, pe care îl joacă tatăl în cazul copiilor cu TL. Cercetările efectuate asupra atașamentului copiilor au debutat în teoria psihanalitică a lui S. Freud, care a relevat importanța relației mamă-copil. Ulterior, Bowlby J. [88] și alți cercetători au demonstrat că relația de atașament care se dezvoltă între copil și mamă conduce la formarea bazelor relațiilor interpersonale ulterioare. Cercetările recente au subliniat importanța atașamentelor care se formează între copil și ceilalți adulți, în special cu tatăl. Referitor la rolul tatălui, Parke R. D. și O'Leary S. E. arată că există o diferență mică între modelele de interacțiune ale mamelor și taților cu copiii lor [167]. Immerman R. S. și Mackey W. C. [145] au demonstrat că interacțiunile taților cu copii în locuri publice sunt mai intense decât cele din cadrul căminului familial. Probabil din aceste considerente tatăl este apreciat de copii ca figură de atașament în afara casei, părinte care asigură o situație mai favorabilă copilului în mediul social. De aici și importanța tatălui și a vârstei lui pentru stabilitatea emoțională a copilului cu TL, care în mare parte este afectată în cadrul relațiilor sociale din mediile extrafamiliale.

Probabil din aceste considerente corelează și numărul de frați cu stabilitatea emoțională a copiilor cu dislalie: ei sunt figuri de atașament care asigură calitatea relațiilor sociale. Dar numărul de frați corelează direct și cu reacția la frustrare și izolarea copiilor cu TL. Presupunem că aceasta se întâmplă din cauza unei oarecare limitări a comunicării cu frații, în detrimentul relațiilor cu semenii sau cu persoanele adulte din afara familiei.

Au fost identificate corelații între variabilele intrapersonale:

1) directe: toleranța la frustrare și stabilitatea emoțională ( $r=0,486^*$ ,  $p=0,042$ ), relația cu grupul de semeni ( $r=0,554^*$ ,  $p=0,005$ ); stabilitatea emoțională și egocentrismul ( $r=0,497^*$ ,  $p=0,031$ ), stima de sine ( $r=0,534^*$ ,  $p=0,010$ ), reacția la frustrare ( $r=0,486^*$ ,  $p=0,041$ ); egocentrismul și izolarea ( $r=0,595^{**}$ ,  $p=0,001$ ); stima de sine și stările conflictuale/agresivitatea ( $r=0,483^*$ ,  $p=0,046$ ), reacția la frustrare ( $r=0,571^{**}$ ,  $p=0,003$ ); autoeficacitatea și stările conflictuale/agresivitate ( $r=0,503^*$ ,  $p=0,026$ ); stările conflictuale/agresivitate și reacția la frustrare ( $r=0,655^{**}$ ,  $p<0,001$ ), relațiile cu grupul de semeni ( $r=0,520^*$ ,  $p=0,016$ ); reacția la frustrare și izolarea ( $r=0,556^{**}$ ,  $p<0,01$ ),

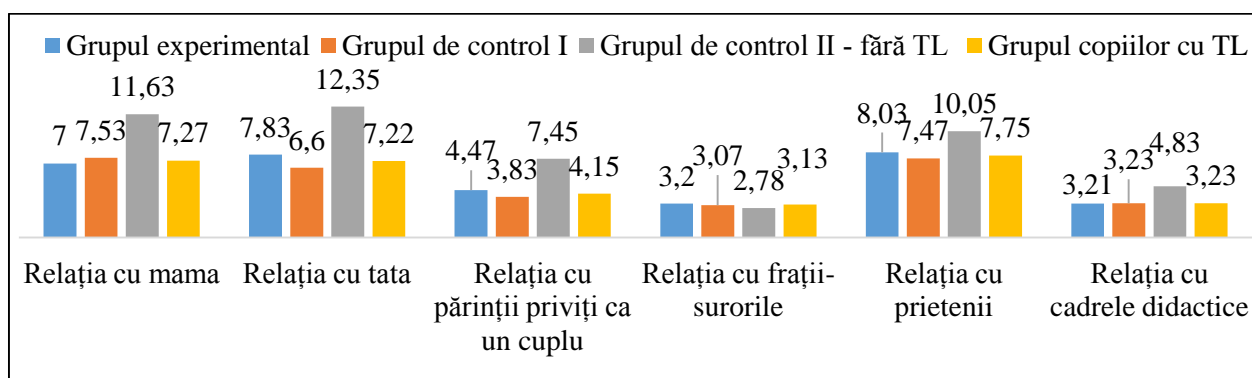
2) indirecte: toleranța la frustrare și autoeficacitatea ( $r=-0,494^*$ ,  $p=0,033$ ); izolarea și relațiile cu semenii ( $r=-0,541^{**}$ ,  $p<0,01$ ).

Aceste corelații aduc informație importantă pentru profilul capacităților intrapersonale ale copilului cu TL. Dacă unele raportări sunt clare, cum ar fi interdependența pozitivă dintre toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, relația cu grupul de semeni, stima de sine, ori raportul indirect dintre izolare și relațiile cu semenii, apoi altele solicită anumite explicații. Presupunem că raportul

pozitiv dintre stabilitatea emoțională și egocentrism ascunde un mecanism de rezistență cu menirea protejării sinelui, precum și aceeași corelație pozitivă între stima de sine și stările conflictuale/agresivitate, iar raportul indirect între toleranța la frustrare și autoeficacitate își are explicația în solicitările înalte ale părinților față de copiii cu TL, aceste rezultate urmând să fie cercetate mai profund cu implicarea altor instrumente în studiile viitoare.

Pentru identificarea particularităților capacităților interpersonale ale copiilor cu TL am recurs, la fel precum anterior, la analiza mai detaliată a scorurilor remarcate prin diferență statistic semnificativă în compararea cu cele ale copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL.

Copiii din grupul experimental și din grupul de control I (cu TL), comparativ cu cei din grupul de control II (fără TL), și în general copiii cu TL în raport cu cei fără TL raportează scoruri semnificativ statistic mai mici cu privire la numărul (intensitatea) relațiilor cu majoritatea actorilor mediului social imediat, respectiv: mama, tatăl, ambii părinți (părinții priviți ca un cuplu), prietenii și cadrele didactice. Doar în ce privește relațiile cu frații și surorile nu au fost relevate diferențe semnificative statistic, dar acest lucru se poate explica mai degrabă prin numărul mic de frați și surori pe care îl au copiii investigați (Fig. 2.7, Tabelul 2.7, Tabelul A6.4).



**Fig. 2.7. Diferențe în manifestarea capacităților interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL**

Analiza sumară a rezultatelor a indicat la un șir de dificultăți de comunicare a copilului cu TL cu mediul social imediat: a) prezența unui nivel mai jos al necesităților de relaționare, inclusiv cu membrii familiei, decât în cazul copiilor fără TL; b) comportament de rezervare cu părinții, mai ales în tratarea lor ca și cuplu; c) importanță mai mare acordată comunicării cu prietenii, decât cu adulții semnificativi; d) raporturi reduse cu frații-surorile și cadrele didactice.

Analizând comparativ rezultatele căpătate prin intermediul ”Testului-film” al lui René Gille, menționăm un șir de particularități ale alegerilor făcute de copiii din grupurile experimental, de control I, de control II, cu și fără TL.



1. Puși în situația de a alege între membrii familiei, copiii cu TL au dat prioritate mamei, apoi tatălui, fraților și surorilor. Copiii din grupul de control II (fără TL) au recurs mai frecvent la alegerea tatălui, apoi a mamei, și, la fel mai rar, a fraților și surorilor. Deși, după cum am prezentat anterior, rolul tatălui este apreciat înalt de copiii de 6-7 ani, implicarea mamei în rezolvarea situațiilor cotidiene ale copiilor cu TL pare a fi mai mare, chiar reieșind din faptul că anume acestea, cum a demonstrat observația în cadrul cercetării de față, asigură adaptarea școlară și colaborarea copilului cu CLI. Alegerea mult mai rară a fraților și surorilor poate fi determinată și de componența familiilor din care s-a constituit eșantionul experimental: în mare parte educă 1-2 copii, copilul participant la experiment este unic – 82 familii (45,6%), în familie sunt 2 copii - 78 (43,3%), 3 – 20 (11,11%), 4-5 copii - 10 familii (5,56%), situație tipică pentru România contemporană.

2. Atitudinea față de ambii părinți priviți ca și cuplu diferă de cea față de fiecare în parte în cazul ambelor grupuri de copii – cu și fără TL. Importanța cuplului parental este evaluată mai jos decât a fiecărui părinte și mai înalt de copiii fără TL. Presupunem că aceste evaluări reflectă relația dintre părinți.

3. Importanța persoanelor din mediul social imediat pentru copiii din grupurile cu și fără TL diferă. Așa, dacă pentru cei fără TL cea mai mare importanță prezintă tata, urmat de mama, după care urmează semenii/prietenii, apoi în cazul copiilor cu TL pe primul loc se situează prietenii /semenii, urmași de mama și tata. De fapt, rezultatele ilustrează dorința copiilor de a se încadra în grupul de semeni. În situații emoțional favorabile copiii cu TL mai frecvent decât cei fără TL dau prioritate în alegeri fraților-surorilor și prietenilor. În situațiile care solicită ajutor, susținere, copiii, atât cu cât și fără TL, aleg prioritar mama, mai apoi pe tata.

4. Relația cu alți adulți semnificativi – cadrele didactice – este mai puțin intensă decât cu părinții în cazul ambelor grupuri de copii.

**Tabelul 2.7. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL**

Capacități interpersonale	Condiția experimentală / medii / comparare statistică					
	Grup experimental	Grup de control I	Testul t-Student	Grup de control II – fără TL	Grup copii cu TL	Mann-Whitney U
Relația cu mama	7	7,53	t=1,369, p=0,174	11,63	7,27	z=8,557, p<0,001
Relația cu tatăl	7,83	6,6	t=2,984, p<0,001	12,35	7,22	z=8,912, p<0,001
Relația cu părinții priviți ca și cuplu	4,47	3,83	t=1,241, p=0,217	7,45	4,15	z=7,686, p<0,001

<b>Relația cu frații și surorile</b>	3,2	3,07	t=0,240, p=0,811	2,78	3,13	z=1,221, p=0,222
<b>Relația cu prietenii</b>	8,03	7,47	t=1,821, p=0,071	10,05	7,75	z=7,963, p<0,001
<b>Relația cu cadrele didactice</b>	3,21	3,23	t=0,057, p=0,955	4,83	3,23	z=5,685, p<0,001

Analiza diferențială a scorurilor care descriu capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL cu diagnostic diferit al dislaliei nu a relevat diferențe semnificative statistic ( $p>0,4$ ), la fel cum nu s-au identificat diferențe în raport cu genul –  $p>0,07$  (Anexele 7 și 8). Analiza corelațională a evidențiat relații semnificative statistic între vârsta părinților și numărul de frați cu capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL, cât și corelații pozitive între aceste capacități (Tabelul 2.8, Anexa 9).

**Tabelul 2.8. Corelații între condițiile familiale și capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL**

		Număr de frați	Relația cu tatăl	Relația cu părinții priviți ca un cuplu	Relația cu frații și surorile	Relația cu prietenii	Relația cu cadrele didactice (educatorii)
<b>Vârsta mamei</b>	Pearson	r=0,544** p<0,007	r=0,574** p<0,003				
<b>Vârsta tatălui</b>	Pearson		r=0,552** p<0,001			r=0,506* p=0,024	
<b>Număr de frați</b>	Pearson				r=0,507* p=0,023		
<b>Relația cu mama</b>	Pearson		r=0,575** p<0,002			r=0,681** p<0,000	
<b>Relația cu tatăl</b>	Pearson			r=0,514* p=0,019		r=0,642** p<0,001	r=0,484* p=0,044
<b>Relația cu părinții priviți ca un cuplu</b>	Pearson					r=0,580** p<0,02	r=0,482* p=0,047
<b>Relația cu prietenii</b>	Pearson						r=0,510* p=0,022

\*\* Corelația este semnificativă la  $p \leq 0.01$ . \* Corelația este semnificativă la  $p \leq 0.05$ .

1. Vârsta mamei este importantă pentru numărul de frați-surori ( $p<0,01$ ), ceea ce este de la sine înțeles, dar și pentru relațiile copilului cu tatăl ( $p<0,01$ ) – cu anii mamele învață să influențeze pozitiv aceste raporturi.

2. Vârsta tatălui este în raport direct cu relațiile copilului cu părintele de sex masculin ( $p<0,01$ ) și cu semenii/prietenii ( $p=0,024$ ). După cum s-a menționat anterior, tatăl se prezintă ca model securizant în relațiile copilului cu mediul social exterior familiei, iar experiența lui îl ajută să ofere suport copilului cu TL, acesta fiind mai sigur în comunicarea cu semenii.

3. Numărul de frați-surori în familie corelează pozitiv cu relația copilului cu aceștia ( $p=0,023$ ).

4. Relația cu mama condiționează intensificarea relației cu tata ( $p<0,01$ ), cu prietenii ( $p<0,01$ ). Identificăm, astfel, că și relația cu mama este deosebit de importantă pentru dezvoltarea capacităților interpersonale de integrare socială a copilului cu TL. Relația cu tata este importantă pentru aprecierea relației părinților priviți ca și cuplu ( $p=0,019$ ), deschiderea copilului cu TL către prieteni ( $p<0,01$ ) și comunicarea cu cadrele didactice ( $p=0,044$ ).

5. Relația cu prietenii intercondiționează cu cea cu cadrele didactice, astfel denotând importanța adulților semnificativi din mediul educațional formal ( $p=0,022$ ).

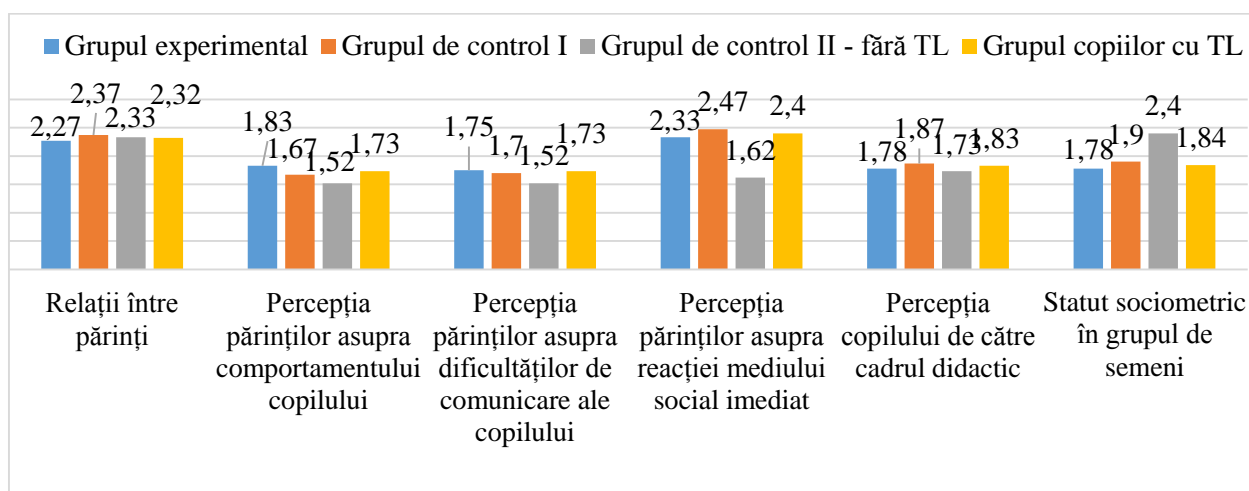
Reieșind din particularitățile organizării comunicării cu mediul social, considerăm că efortul de integrare școlară urmează să fie fundamentat pe programe bine chibzuite de ameliorare a relațiilor interpersonale ale copiilor cu TL. Acestea pot contribui la dezvoltarea capacităților interpersonale, a nevoii de comunicare, dar și diminua timiditatea, izolarea, tensiunea psihoemoțională și alte manifestări de personalitate defavorabile. Pe de altă parte, acest efort va da rezultate doar în cazul când va întruni reprezentanții mediului social imediat al copilului – familia, școala, semenii.

### **2.3. Manifestarea reticenței sociale și statutul copilului cu tulburări de limbaj în grupul de egali**

Cercetările realizate asupra comportamentului reticent la copiii cu TL au identificat că acesta este o funcție a caracteristicilor inerente atât ale copilului cât și ale contextului lui social [81; 92; 148; 178; 182]. Reticența socială la copii cu TL este condiționată de un șir de capacități intrapersonale, descrise anterior: toleranță la frustrare, stabilitate emoțională joasă, stimă de sine scăzută, stări conflictuale și agresivitate sporite, reacție bolnăvicioasă la frustrare, izolare și comunicabilitate redusă, puține relații cu semenii. În acest context, înlăturarea reticenței sociale la copiii țintă trebuie să se concentreze asupra reducerii manifestărilor nefavorabile, scăderii anxietății și îmbunătățirii relațiilor de prietenie cu semenii, sporirii încrederii în adulții semnificativi și reducerii comportamentului de control al părinților. Însă reticența mediului social la copilul cu TL este destul de persistentă, iar înlăturarea acesteia, după părerea noastră, este posibilă prin acțiuni și la nivel macrosocial – dezvoltarea toleranței sociale și a acceptării diferențelor; de grup social, în cazul acestei cercetări, școlar – cultivarea unei atmosfere de tratare a copiilor de pe pozițiile integrării și egalizării, dar și prin integrarea socială a copilului cu TL, profilul lui socioemoțional și capacitățile interpersonale devenind agreabile pentru cei din jur.

Manifestarea reticenței sociale la copilul cu TL a fost evaluată prin metode și tehnici, aplicate adulților semnificativi și semenilor, care au măsurat: 1) tipul de relații din cuplul parental cu categoriile de parteneriat: democratice, de autoritate și de rivalitate; 2) percepția părinților asupra comportamentului copilului cu categoriile: a) manifestă foarte rar spre niciodată comportamente indezirabile, b) manifestă rar comportamente indezirabile, c) manifestă frecvent comportamente indezirabile; 3) percepția părinților asupra dificultăților copilului de comunicare cu persoanele din mediul social imediat cu categoriile: rar – cotat cu 1 punct și indicând probleme ușoare, uneori – cotat cu 2 puncte și indicând probleme medii și foarte des - cotat cu 3 puncte și indicând probleme accentuate; 4) percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la TL a copilului cu categoriile: rar – cotat cu 1 punct și indicând probleme ușoare, uneori – cotat cu 2 puncte și indicând probleme medii și foarte des – cotat cu 3 puncte și indicând probleme accentuate; 5) percepția copilului de către cadrul didactic cu categoriile: 1 – probleme ușoare de relaționare, 2 – probleme medii de relaționare, 3 – probleme accentuate de relaționare; 6) statut sociometric, aprecierea din partea egalilor cu categoriile: marginalizat, izolat, mediu spre popular.

Așa cum se vede în Fig. 2.8, copiii din grupul experimental sunt percepuți de părinți ca manifestând mai des comportamente indezirabile ( $p < 0,001$ ), ca având dificultăți de comunicare cu persoanele din mediul social imediat mai accentuate ( $p = 0,057$ ), suportând reticență mai înaltă a ambianței ( $p < 0,001$ ), au statut sociometric în grup mai problematic (spre izolat) decât cei din grupul de control II, fără TL (Anexa 10, Tabelul A10.2), dar reticența socială la acești copii nu se deosebește de cea a copiilor din grupul de control I ( $p > 0,1$ ) (Tabelul 2.9, Anexa 10, Tabelul A10.1).



**Fig. 2.8. Diferențe în manifestarea reticenței sociale la copiii din grupurile experimental, de control I și II (fără TL), total grupul de copii cu TL**

Au fost identificate diferențe semnificative statistic între copiii cu și fără TL în ceea ce privește percepția copiilor de către părinți ( $p=0,04$ ), reacția mediului social imediat la copil ( $p<0,001$ ) și statutul sociometric în grupul de egali ( $p<0,001$ ) (Anexa 10, Tabelul A10.3).

Relațiile între părinți au întrunit scoruri care le caracterizează ca democratice, fără a se înregistra o diferență statistic semnificativă pentru familiile copiilor din grupurile experimental și de control, cu și fără TL.

**Tabelul 2.9. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale și statutul copiilor din grupurile experimental, de control I și II, cu și fără TL**

	Condiția experimentală / medii / comparare statistică					
	Grup experimental	Grup de control I	Testul t-Student	Grup de control II – fără TL	Grupul copiilor cu TL	Testul Mann-Whitney U
Relații între părinți	2,27	2,37	$t=0,922$ , $p=0,359$	2,33	2,32	$z=0,128$ $p=0,898$
Percepția părinților asupra comportamentului copilului	2,27	2,37	$t=1,354$ , $p=0,178$	1,52	1,73	$z=2,055$ , $p=0,040$
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat	1,83	1,67	$t=0,367$ , $p=0,715$	1,62	2,4	$z=1,488$ $p=0,137$
Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului	1,75	1,7	$t=1,220$ , $p=0,225$	1,73	1,83	$z=7,111$ $p<0,001$
Percepția copilului de către cadrul didactic	2,33	2,47	$t=0,680$ , $p=0,498$	2,4	1,84	$z=0,804$ $p=0,420$
Statut sociometric în grupul de semeni	1,78	1,9	$t=0,948$ , $p=0,345$	2,40	1,84	$z=5,07$ $p<0,001$

Deși mediile pentru grupul copiilor cu TL și de control II – copii fără TL cu referință la percepția părinților asupra comportamentului copiilor diferă statistic ( $p=0,04$ ), mamele participante la cercetarea experimentală au indicat mai frecvent la manifestarea rară, iar în cazul copiilor fără TL – la lipsa comportamentelor indezirabile.

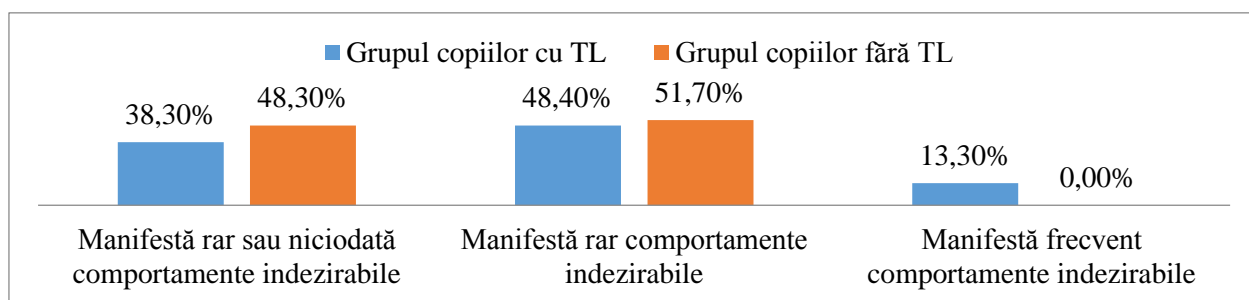
Nu diferă statistic percepția părinților asupra dificultăților copilului de comunicare cu persoanele din mediul social imediat, mamele copiilor din grupul copiilor fără TL indicând mai frecvent la probleme ușoare, iar a celor din grupul copiilor cu TL – cu o intensitate medie spre ușoară.

Potrivit opiniei părinților, reacția mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului diferă în funcție de capacitățile lui ( $p<0,001$ ), mamele copiilor din grupul copiilor fără TL indicând mai frecvent la probleme ușoare sau medii, iar a celor din grupul copiilor cu TL – cu o intensitate medie sau înaltă.

N-au fost identificate diferențe statistice semnificative în măsurarea percepției copiilor cu și fără TL de către cadrele didactice.

Cât privește statutul sociometric, copiii din grupul de fără TL prezintă în cele mai multe cazuri popularitate, întrunind mai multe alegeri, cei din grupul cu TL se situează pe poziții de izolare, iar uneori chiar de marginalizare. Și în acest caz am depistat o diferență semnificativă statistic între alegerile căpătate de copiii din cele două grupuri ( $p < 0,001$ ).

În figurile de mai jos vom analiza mai detaliat manifestările reticenței sociale a copiilor cu și fără TL. Se poate observa că, în general, copii nu sunt apreciați de părinți ca manifestând frecvent comportamente indezirabile, doar un număr relativ redus de mame ale copiilor din grupul copiilor cu TL (13,3%) îi evaluează astfel. Numărul mamei copiilor din grupul copiilor cu TL (48,4%) care apreciază că ei manifestă rar comportamente indezirabile este mai mic decât al mamei copiilor din grupul de control II – fără TL (51,7%).

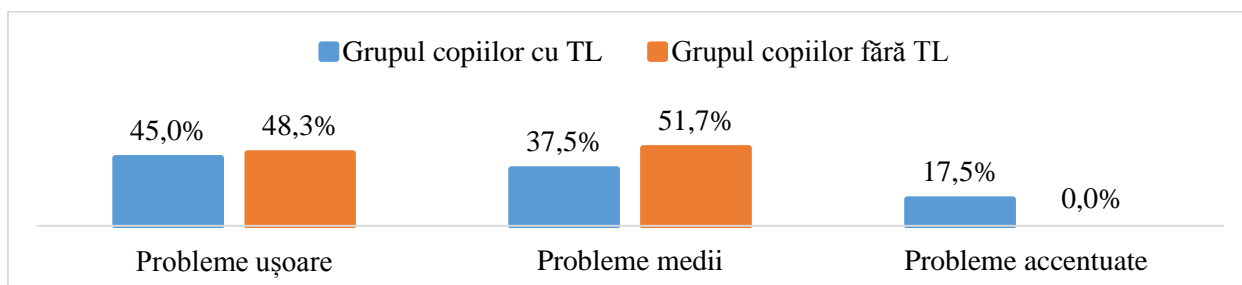


**Fig. 2.9. Diferențe în percepția părinților asupra comportamentului copiilor din grupurile copiilor cu și fără TL**

Alta este situația în aprecierea manifestărilor indezirabile comportamentale ca foarte rare sau chiar lipsă: mamele copiilor cu dislalie indică mult mai rar la acestea (38,3%) decât cele ale copiilor din grupul de control II – fără TL (48,3%) (Fig. 2.9). Aprecierile oferite de mame sunt determinate de atașamentul lor față de copii, de acceptarea și sentimentul de iubire necondiționată, fapt pe care l-au remarcat în cadrul discuțiilor purtate în timpul întâlnirilor. Doar un număr relativ redus de mame au apreciat ca indezirabil comportamentul copiilor lor, care sunt din grupul celor cu TL. De fapt tot aceste mame au decis să amâne pentru o perioadă indeterminată PISC-TTL, acceptând doar TTL.

În Fig. 2.10 se poate observa că nici o mamă a copilului din grupul de control II – fără TL – nu apreciază că acesta ar avea dificultăți severe de comunicare cu alți copii. Procentajul mamei copiilor cu TL care apreciază că ei au dificultăți severe de comunicare cu semenii este de 17,5%. Aproape egală este cota mamei care apreciază comunicarea copiilor cu și fără TL cu semenii ca fiind marcată doar de probleme ușoare (respectiv 45% și 48,3%). Diferența este înregistrată și în

cazul indicării la probleme medii, acestea fiind remarcate de 37,5% de mame ale copiilor cu TL față de 51,7% ale celor fără TL.



**Fig. 2.10. Diferențe în percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu semenii**

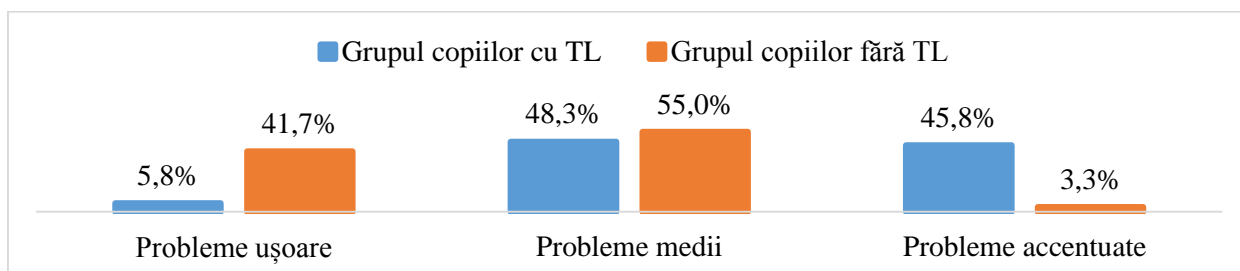
TL pot afecta relațiile copiilor cu semenii în mai multe moduri, atât din punct de vedere social, cât și din punct de vedere școlar. Înțelegerea a ceea ce vorbesc alți copii și exprimarea verbală îi ajută pe copii să formeze relații. Atunci când copilul nu pot comunica în mod clar, el întâmpină dificultăți în a-și face prieteni și a face parte dintr-un grup social de semenii. Ei pot alege solitudinea, izolarea, manifestând timiditate și distanțare socială. În mediul școlar copiii cu TL au probleme de lectură și/sau de scriere corectă, fapt care-i poate face țintă a criticilor și atitudinilor negative ale colegilor. În timpul discuțiilor cu mamele, multe au remarcat că copilul lor nu are prieteni sau este nevoit să accepte comportamente non-assertive pentru a fi acceptat de semenii, și-au expus îngrijorarea de condiția de izolare la care este expus copilul în clasă sau în afara grupului școlar. Reticența în raport cu copii cu TL îi face pe aceștia să dezvolte comportamente sociale indezirabile.

Manifestarea de reticență socială în raport cu mediul imediat al semenilor, remarcată de către mamele copiilor cu TL, are o explicație biunivocă: pe de o parte avem de a face cu adevărata rezistență a copilului la comunicarea și relaționarea cu semenii și pe de altă parte – cu așteptările ridicate ale mamelor în privința afirmării și statutului social al copilului său. În cadrul discuțiilor cu mamele în timpul PISC-TTL, remarcând influențele negative ale așteptărilor ridicate ale mamelor asupra copiilor, am informat și am exemplificat prin joc de rol modalitățile de exprimare assertivă și empatizare cu copilul ca forme eficiente de diminuare a reticenței sociale.

În Fig. 2.11 este vizualizată percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului.

Se poate observa că procentul mamelor copiilor cu TL (5,8%) care indică la probleme ușoare diferă substanțial de cel al mamelor copiilor din grupul de control II – fără TL (41,7%). Diferă și cotele mamelor care apreciază dificultățile ca medii (48,3% față de 55%). Însă mai multe mame ale copiilor cu TL, comparativ cu cele ale copiilor din grupul de control II – fără TL,

apreciază că membrii mediului social imediat reacționează frecvent la dificultățile de comunicare ale copilului (45,8% față de 3,3%).



**Fig. 2.11. Diferențe în percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului**

În societatea contemporană se mai menține stigma în ceea ce privește vorbirea și limbajul copilului, stereotipul potrivit căruia un copil cu TL comportă și o problemă mintală, de inteligență ori de relaționare, sau că TL se datorează unei calități mai scăzute a vieții, percepții care oferă o perspectivă negativă asupra sentimentelor părinților. În cadrul discuțiilor am descoperit că o bună parte din părinți - mame atribuie dezvoltarea defectuoasă a limbajului copilului atât condițiilor externe, cât și interne. Ele tind să creadă în dependența dintre capacitatea copilului de a articula corect sunetele și apartenența de gen, personalitatea, caracterul, relațiile cu alți membri ai familiei, atitudinile educaționale greșite, cum ar fi răsfățul sau comportamentul punitiv nepotrivit situațiilor etc. Nefericirea și lipsa de încredere au fost, de asemenea, subiecte menționate în timpul discuțiilor cu părinții, mai ales când unul este plecat în străinătate, decedat, sau în cazurile de divorț. Unii părinți au considerat drept condiție perturbatoare propriului lor comportament exigent, ca fiind un motiv pentru care copilul a dezvoltat TL. Fapt este că mamele au raportat că există momente în care copilului i se refuză anumite oportunități de către ambianța socială atât a semenilor cât și a adulților din cauza TL, cum ar fi cele ludice, de participare la activitățile organizate de Palatul Copiilor, de înscriere și participare la concursuri artistice sau altele. Reticența mediului imediat în raport cu copilul cu TL prezintă unul din cele mai influente și negative condiții de dezvoltare a izolării și stării de singurătate, sau a conflictualității și a creșterii agresivității.

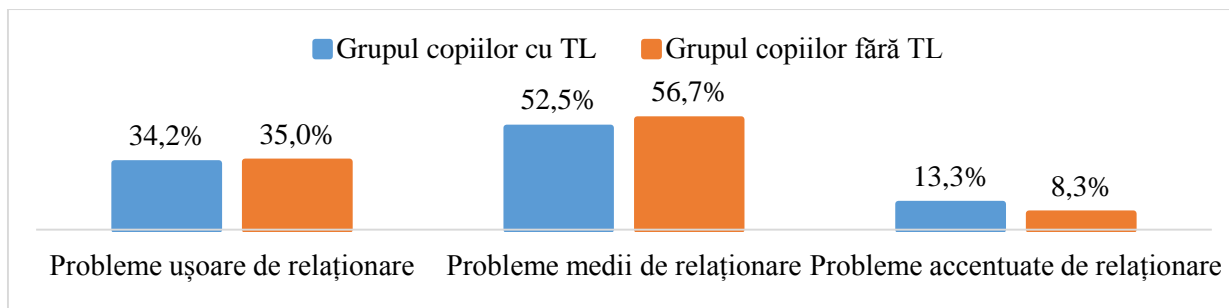
În cât ce privește percepția capacităților de relaționare ale copiilor cu și fără TL de către cadrele didactice, nu au fost identificate diferențe semnificative, și această situație se vede în Fig. 2.12.

Procentajul copiilor percepuți ca având probleme ușoare, medii și accentuate de relaționare este aproximativ egal. Cadrele didactice au remarcat pentru copii cu și fără TL probleme ușoare de relaționare în proporție de 34,2% și 35%, dificultăți medii – 52,5% și 56,7%, accentuate – 13,3% și 8,3%. Cu o diferență mică dificultățile de comunicare sunt raportate totuși mai frecvent



de cadrele didactice pentru copii cu TL, evaluarea fiind, după părerea noastră obiectivă, datorată condiției sociale a acestor copii.

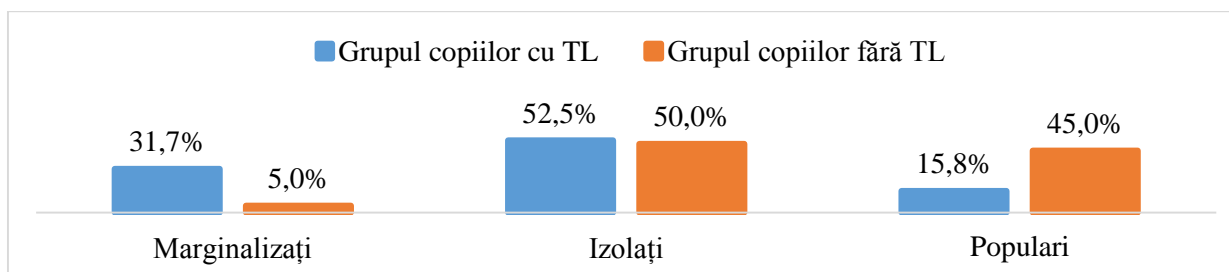
Cadrele didactice au apreciat prin natura profesiei, a tactului pedagogic, diferențele în ceea ce privește capacităților de relaționare ale copiilor cu și fără TL ca fiind ne semnificative.



**Fig. 2.12. Diferențe în percepția capacităților de relaționare ale copiilor de către cadrele didactice**

Statutul social al copiilor în grupul de semeni conform indicelui sociometric se diferențiază semnificativ în funcție de dificultățile de limbaj (Fig. 2.13). Dacă procentajul copiilor cu statut de izolat este aproximativ egal la cei cu sau fără TL (respectiv 52,5% și 50% din copii), apoi statutul de marginalizat este mai frecvent oferit copiilor cu TL (31,7% față de 5%), iar statutul de popular – fără TL (respectiv 15,8% și 45%).

Izolarea și marginalizarea în mediul școlar actualmente este tratată ca o formă de agresiune relațională, în care un copil este expus la situații incomode prin manipularea relațiilor și a statutului său social. Statutul social nefavorabil poate lua mai multe forme, copiii parcurgând o serie de experiențe negative de la a fi excluși în mod deliberat de la grupul de semeni la zvonuri și bârfe care se răspândesc în jurul lor, porecle și etichete, intimidare în mod intenționat. În orice sens, izolarea și marginalizarea socială implică, în mod fundamental, o lipsă de legătură și de participare a copilului la activitățile grupului școlar.



**Fig. 2.13. Diferențele de statut social al copiilor cu sau fără tulburări de limbaj**

Datele cercetării sociometrice conduc la necesitatea de investigare a condițiilor unei relaționări slabe dintre membrii unui grup școlar. Putem presupune că acestea ar fi programul de lucru al elevului încărcat, care nu lasă timp pentru comunicare cu colegii, sarcinile școlare solicitante, segregarea socială a familiilor de proveniență prin care cercul de raporturi sociale se

restrânge, sentimentul de nesiguranță legat de debutul școlar, schimbarea mediului educațional, colectivul nou creat din copii care vin din grădinițe diferite, alte cauze care urmează să fie înlăturate în procesul de învățământ. Măiestria cadrului didactic reprezintă soluția pentru consolidarea grupei de elevi.

Analiza diferențială statistică în raport cu genul a scorurilor manifestării reticenței sociale de copii nu a relevat diferențe semnificative statistice (Anexa 10, Tabelul A10.4).

Analiza diferențială în raport cu diagnosticul TL a scorurilor manifestării reticenței sociale a relevat faptul că copiii cu dislalie monomorfă comparativ cu cei cu dislalie polimorfă, sunt percepuți de părinți ca având mai puține dificultăți de comunicare cu alți copii – mediile 1,54 față de 1,90 ( $p < 0,01$ ). În plus, elevii cu dislalie monomorfă se poziționează în grup cel mult în poziția de izolat, în timp ce elevii cu dislalie polimorfă se pot apropia de statutul de marginalizat ( $p = 0,46$ ) (Tabelul 2.10, Anexa 10, Tabelul A10.3).

**Tabelul 2.10. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistice pentru manifestarea reticenței sociale în funcție de diagnosticul TL**

Diagnostic logopedic		N	Media	Deviația standard	Testul t-Student
Percepția părinților asupra comportamentului copiilor	Dislalie monomorfă	59	1,73	,66516	t=0,336 p=0,737
	Dislalie polimorfă	61	1,77	,69266	
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare a copiilor cu alți copii	Dislalie monomorfă	59	1,54	,56697	t=2,713 p=0,008
	Dislalie polimorfă	61	1,90	,85059	
Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la TL a copilului	Dislalie monomorfă	59	2,36	,60920	t=0,790 p=0,431
	Dislalie polimorfă	61	2,44	,59230	
Percepția copilului de către cadrul didactic	Dislalie monomorfă	59	1,83	,64734	t=0,088 p=0,930
	Dislalie polimorfă	61	1,82	,69542	
Statutul sociometric/Situație în grupul de semeni	Dislalie monomorfă	59	1,97	,66866	t=2,016 p=0,046
	Dislalie polimorfă	61	1,72	,66159	

Forma dislaliei nu influențează relațiile dintre părinți și percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la TL a copilului, percepția copilului de către cadrul didactic.

La fel, precum în cazurile precedente, am recurs la corelarea datelor.

**Tabelul 2.11. Corelații între manifestările reticenței sociale a copiilor cu TL și particularitățile familiei**

		Relațiile între părinți	Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare cu alți copii
Vârsta tatălui	Pearson	$r=0,632^{**}$ $p < 0,002$	
Vârsta mamei	Pearson		$r=-0,555^*$ $p < 0,04$

Analiza corelațională a evidențiat relații semnificative statistic între (Tabelul 2.11):

a) vârsta tatălui și relațiile între părinți ( $p < 0,002$ ) – corelație pozitivă care ilustrează frecvența mai înaltă a relațiilor democratice în familiile în care tata are o vârstă mai joasă;

b) percepția mamei asupra dificultăților de comunicare cu alți copii și vârsta mamei, corelație indirectă, în care reticența socială este cu atât mai joasă, cu cât mai tânără este mama.

Corelația Pearson dintre coeficientul reticenței sociale la copii cu TL (media celor 4 variabile care o ilustrează: percepția părinților asupra comportamentului copilului, asupra dificultăților de comunicare a copiilor cu alți copii, asupra reacției mediului social imediat la copil și de către cadrele didactice) și statutul sociometric în grupul de egali –  $r = -0,549^{**}$  la  $p = 0,006$  – indică la un raport indirect. Reticența socială influențează negativ integrarea copilului în mediul școlar. Mediile pentru coeficientul reticenței sociale în grupul experimental și de control I sunt egale – 1,93 (mediile variază de la 1 la 3, cu cât mai aproape sunt de 3, cu atât mai manifestă este reticența socială), pentru grupul de copii fără TL este egală cu 1,6, atestându-se diferență statistic semnificative dintre reticența socială la copiii cu și fără TL ( $z = 4,579$ ,  $p < 0,001$ ).

Reticența socială conduce la manifestarea instabilității emoționale ( $r = -0,493^*$ ,  $p = 0,035$ ), lipsei de comunicabilitate ( $r = -0,491^*$ ,  $p = 0,037$ ), dar condiționează copilul cu TL să-și sporească autoeficacitatea ( $r = 0,562^{**}$ ,  $p = 0,004$ ) și să diminueze situația de izolare ( $r = -0,481^*$ ,  $p = 0,048$ ) (Anexa 10, Tabelul A10.6).

Se poate constata că reticența socială influențează considerabil capacitățile interpersonale ale copilului cu TL, care va prezenta dificultăți de integrare socială.

Pe baza datelor raportate mai sus se poate concluziona că abilitățile de interacțiune socială și, prin extensie, integrarea socială a copiilor cu TL sunt sub nivelul celor ale copiilor fără TL, așa cum, de altfel, este consemnat și în literatura de specialitate [1, 14, 24, 26, 65, 67, 68, 95, 150, 156].

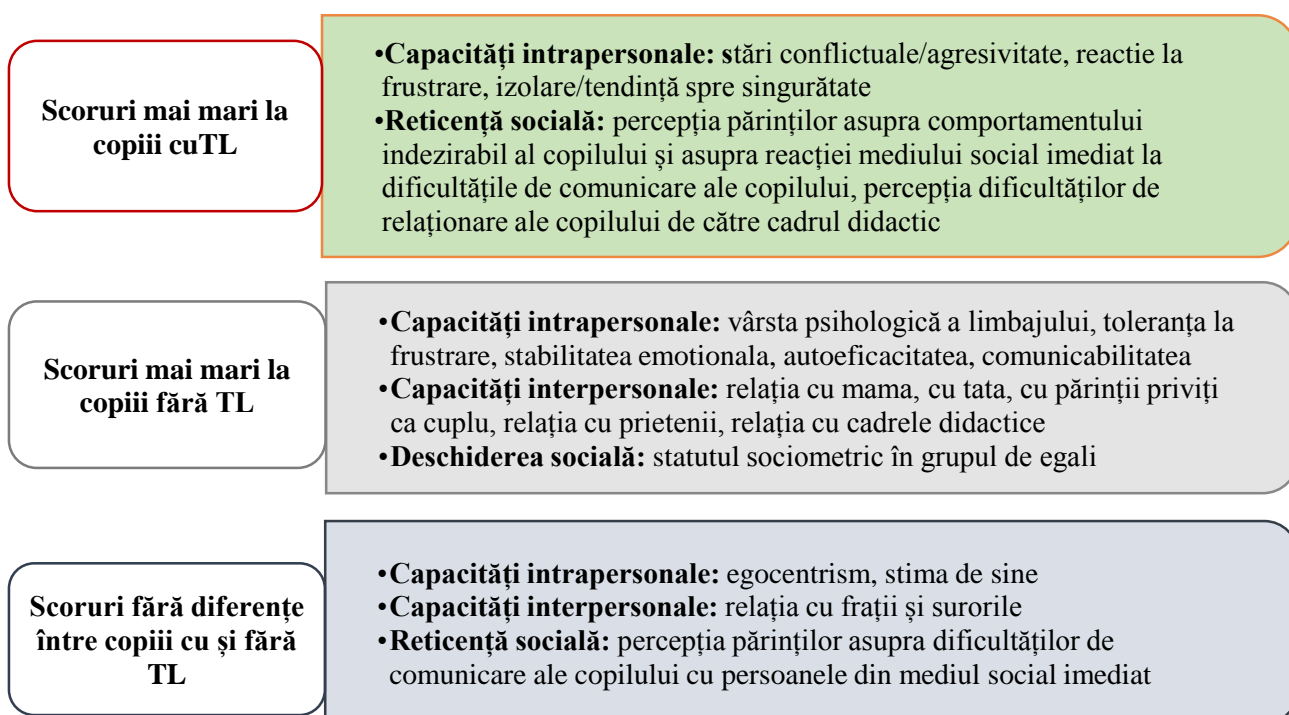
Datele care susțin ideea că TL afectează interacțiunile cu colegii sunt cu atât mai importante, cu cât în literatura de specialitate în acest sens nu sunt foarte multe studii spre deosebire de cercetările care documentează această situație în condițiile existenței unui handicap mintal [137]. Interacțiunile cu semenii ale copiilor cu TL pot fi explicate prin activismul lor limitat, capacitățile de exprimare verbale reduse, inteligibilitatea joasă, fluența vorbirii afectată, specifice acestei categorii de tulburări [175].

În acord cu datele existente în literatura de specialitate, datele raportate mai sus certifică faptul că în cadrul grupului de egali copiii cu TL sunt marginalizați sau izolați. Faptul este explicat prin conectivitatea deficitară a discursului lor, care le afectează popularitatea [177]. Având un

impuls mai redus de a iniția interacțiuni, de a oferi răspunsuri verbale pentru a construi conversația și a menține interacțiunile verbale, copiii cu TL sunt mai expuși riscului de a fi evitați de colegi. La acestea se adaugă incapacitatea de a comunica eficient, experiențele repetate de eșec în conversație [150], izolarea și marginalizarea [136]. Diminuările în tendința spre relații cu grupul de copii, cu mama, tata, frații, prietenii și învățătorii, specifice copiilor cu TL și identificate de cercetarea constatativă, susțin afirmațiile existente în literatura de specialitate că la nivelul copiilor cu TL se poate constata o diminuare a dorinței acestor copii de a interacționa și a receptivității lor la ofertele sociale ale colegilor [131, 132], ceea ce devine o barieră în integrarea lor socială.

Conclusiv, și diferențele identificate de prezenta cercetare empirică, și confirmările opiniilor existente în literatura de specialitate susțin teza că limbajul/vorbirea este un element-cheie al dezvoltării și implicit al integrării sociale a copiilor [1, 5, 6, 32, 73, 86].

Datele obținute în urma comparațiilor scorurilor obținute de copiii cu și fără TL la probele aplicate au evidențiat diferențe semnificative statistic sau lipsa acestora în ceea ce privește variabilele comparate (Fig. 2.14).



**Fig. 2.14. Diferențe între scorurile capacităților intrapersonale și interpersonale de integrare socială, reticenței – deschiderii sociale a copiilor cu și fără TL**

Copiii fără TL au acumulat scoruri mai mari, statistic diferite de cele ale copiilor cu TL, la variabilele care indică la următoarele capacități intrapersonale – vârsta psihologică a limbajului, toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, autoeficacitatea, comunicabilitatea; interpersonale – relația cu mama, cu tata, cu părinții priviți ca un cuplu, cu prietenii, cu cadrele didactice; privind

deschiderea socială – statutul sociometric/situația în grupul de egali, toate asociate pozitiv cu integrarea socială.

Copiii cu TL au acumulat scoruri statistic semnificative mai mari la variabilele care denotă dificultăți de integrare socială, manifestate la nivel intrapersonal – stări conflictuale/agresivitate, reacție la frustrare, izolare, tendință spre singurătate; în formă de reticență socială, exprimată în percepția părinților asupra comportamentului indezirabil al copilului și asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului, percepția dificultăților de relaționare ale copilului de către cadrul didactic, toate asociate negativ la integrarea socială.

Fără a înregistra diferențe semnificative s-au comportat scorurile la egocentrism, stimă de sine, relația cu frații și surorile și percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat.

Rezultatele cercetării experimentale de constatare au confirmat parțial ipoteza, constatându-se că între majoritatea capacitățile intra- și interpersonale ale integrării sociale ale copiii cu și fără TL se manifestă diferențe statistic semnificative, subiecții cu dislalie fiind tratați cu reticența de mediului social imediat și deținând un statut sociometric jos în grupul de semeni. Diferențele dintre copiii cu TL și fără TL, presupuse în debutul cercetării experimentale, s-au confirmat în mare parte. S-au confirmat parțial diferențele dintre capacitățile intra- și interpersonale ale copiilor cu dislalie mono- și polimorfă. N-au fost practic atestate diferențe între capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială ale copiilor de gen masculin și feminin cu TL.

#### **2.4. Concluzii la capitolul 2**

1. În comparație cu copilul fără TL, variabilele intrapersonale asociate pozitiv cu integrarea socială (toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, autoeficacitatea, comunicabilitatea) la copiii cu TL au valori mai mici, iar cele asociate negativ cu integrarea socială (conflictualitatea/ agresivitatea, reacția la frustrare și tendința spre singurătate) sunt mai accentuate. Fără diferență se manifestă egocentrismul și stima de sine.

2. În comparație cu copilul fără TL, variabilele interpersonale asociate pozitiv cu integrarea socială - relațiile pozitive cu persoanele din mediul social imediat (mama, tata, părinții priviți ca un cuplu, prietenii, cadrele didactice), însumează valori mai mici la copiii cu TL. Percepția părinților asupra comportamentului indezirabil al copilului, a reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului, percepția dificultăților de relaționare ale copilului de către cadrul didactic, statutul în grupul de egali însumează valori mai mici la copiii cu

TL. Relația cu frații și surorile, percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat se manifestă fără diferențe între copii cu și fără TL.

3. Nu s-au atestat diferențe dintre fetele și băieții cu TL în manifestarea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și reticența socială a mediului. Capacitățile intra- și interpersonale de integrare a copilului cu TL se manifestă în anumite cazuri diferit în funcție de forma dislaliei (mono- și polimorfă), ultima condiționând mai multe dificultăți: toleranță mai joasă și reactivitate mai înaltă la frustrare, percepția mai negativă a părinților asupra dificultăților de comunicare cu persoanele din mediul social imediat și statut sociometric mai jos în grupul de egali.

4. Între capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL și între anumiți indicatorii demografici (vârsta părinților și numărul de frați) au fost identificate o serie de relații a căror cunoaștere poate contribui la conturarea patternului integrării sociale. Mama și tatăl se prezintă ca figuri de atașament, influențând pozitiv stabilitatea emoțională, statutul sociometric în grupul de egali. Vârsta lor contribuie la instaurarea unor relații democratice în familie, care, la rândul lor, diminuează manifestarea reticenței și conduc la sporirea statutului copilului în grupul de semeni. Cu cât numărul de frați este mai mare, cu atât este mai favorabilă relația cu frații și surorile, care se prezintă și ca o condiție a integrării sociale.

Documentarea acestor realități ale copilului cu TL aflat în debutul școlarității permite avansarea ideii că prin îmbunătățirea capacității de interacțiune socială a copiilor și integrarea lor socială se poate realiza mai eficient și terapia tulburărilor de limbaj.

### **3. INTERVENȚIA AMELIORATIVĂ PRIN PROGRAMUL DE INTEGRARE SOCIALĂ A COPIILOR ȘI DE TERAPIE A TULBURĂRILOR DE LIMBAJ (PISC-TTL)**

#### **3.1. Repere teoretico-conceptuale, metodologia și conținutul PISC-TTL**

Cercetarea constatativă prezentată în capitolul precedent a scos în evidență rolul negativ al TL în procesul de integrare socială a copiilor aflați la o etapă de vârstă critică – trecerea de la preșcolaritate la învățarea școlară. Indicatorii capacităților intra- și interpersonale, elucidați în cadrul cercetării, au ilustrat poziția defavorabilă a acestor copii, totodată prezentând posibilitatea unui pronostic rezervat asupra viitorului succes școlar al lor: dificultățile de integrare socială, susținute de TL, prezintă pericolul incapacității de achiziție a deprinderilor școlare de bază în volumul solicitat de curriculum. Pe de altă parte, situația școlară nefavorabilă poate perpetua și intensifica izolarea socială a copilului.

Pe parcursul activităților profesionale curente, anterioare cercetării de doctorat, am constatat că simpla TTL nu sprijină prin ea însăși integrarea socială a copiilor și am aplicat o serie de tehnici de dezvoltare a capacităților lor sociale, mai ales de educare a modului de a interacționa, acasă și la școală, cu membrii mediului social imediat. Datorită rezultatelor obținute am simțit nevoia unui studiu sistematic asupra eficienței acestor tehnici. Consecutiv sesizării acestei necesități, optând pentru o abordare multiaspectuală a poziției copilului cu TL în mediul social imediat, am elaborat programul pe care l-am numit PISC-TTL.

Procesul integrării sociale a copiilor, după opinia enunțată de Gresham F. M. [126], implică: a) achiziția abilităților sociale, b) creșterea eficienței abilităților sociale (producerea comportamentelor prosociale) și c) facilitarea generalizării și menținerii abilităților sociale. În contextul prezentei cercetări sintagma lui Gresham F. M. ”abilități sociale” [126] a fost conceptualizată prin definirea a două grupe de capacități – intra- și interpersonale, fiind identificate cele specifice copiilor.

În cadrul etapei constatative a cercetării au fost identificate o serie de diferențe în ceea ce privește capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială și manifestare a reticenței-deschiderii sociale a copiilor cu TL comparativ cu cele ale copiilor fără TL. Aceste diferențe sugerează că deficiențele de comunicare asociate TL sunt acompaniate și de o perturbare a procesului natural de dezvoltare a capacităților de integrare sociale a copiilor cu TL.

Aceste rezultate, alături de opiniile existente în literatura de specialitate se constituie în argumente cu privire la necesitatea asocierii la TTL a unor intervenții de dezvoltare a capacităților

intra- și interpersonale în sensul pulsionării procesului de integrare socială a copilului cu limbaj defectuos.

În etapa de intervenție ameliorativă, care a avut drept scop egalizarea integrării sociale a copiilor cu TL prin PISC-TTL cu semenii fără TL, s-a realizat implementarea experimentală a PISC-TTL, urmată de o etapă de control a efectelor asupra capacităților intra- și interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL prin compararea cu cei din grupul de control I care au urmat doar TTL și grupul de control II – copii fără TL. Totodată au fost identificate relațiile dintre integrarea socială și situația de corectare/ameliorare/staționare a TL.

**PISC-TTL** a urmărit **obiective generale** cu privire la integrarea socială a copilului cu TL aflat în debutul școlarității: 1) creșterea potențialului individual prin dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale în conjuncție cu TTL; 2) creșterea potențialului grupal și comunitar de integrare socială prin optimizarea contextului socio-relațional al copilului – diminuarea reticenței mediului imediat și realizarea deschiderii sociale.

Aceste obiective generale au fost particularizate în **obiective specifice** intervenției ameliorative, respectiv:

a) identificarea participanților – s-a decis asupra includerii tuturor celor 120 de copii cu TL și 60 fără TL, 180 de mame ale copiilor și 24 de cadre didactice – învățători în clasele pregătitoare unde învățau elevii, care au participat anterior la cercetarea de constatare, întruniți în trei grupuri – 60 de copii cu TL care au fost incluși în PISC-TTL (grupul experimental), 60 de copii cu TL care n-au fost cuprinși în intervenția ameliorativă, parcurgând doar TTL (grupul de control I format pentru compararea rezultatelor în scopul măsurării eficienței PISC-TTL în activitatea CLI), 60 de copii fără TL, selectați în scop de a verifica dacă programul are capacitatea de a reduce diferențele de integrare socială cauzate de TL (grupul de control II), respectiv grupurile întrunind părinții – mamele și cadrele didactice ale acestora;

b) informarea părinților și cadrelor didactice despre conținutul programului și obținerea acordului de participare;

c) elaborarea metodologiei și conținutului PISC-TTL, alcătuit din tehnici structurate în acord cu particularitățile și nevoile de creștere a potențialului individual și grupal prin optimizarea capacităților intra- și interpersonale, a relațiilor cu membrii mediului social imediat, pozitivizarea percepției copilului, minimizarea reticenței sociale la TL;

d) implementarea PISC-TTL în grupul experimental și a TTL în grupul de control I;

e) evaluarea efectelor PISC-TTL prin măsurarea variabilelor legate de capacitățile intra- și interpersonale, efectuată la finele programului în grupul experimental și cele două grupuri de control.



**Ipoteza de control a rezultatelor intervenției ameliorative.** PISC-TTL, prin dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale, în conjuncție cu terapia tulburărilor de limbaj, care se prezintă ca un impediment în dezvoltarea psihosocială a copilului, va conduce la optimizarea integrării sociale și egalizarea acesteia pentru copiii cu TL cu cei fără TL, manifestată în diminuarea reticenței sociale și optimizarea deschiderii sociale prin ridicarea statutului în grupul de egali.

**Principiile constituirii PISC-TTL.** Intervenția pentru dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale a fost concepută pe principiul abordării multimodale ale capacităților intra- și interpersonale și pe cele 10 principii de bază derivate din analiza literaturii focalizate pe această problemă de către Walker H. M. și col. [204, p. 45], adaptate de noi la scopul programului:

1) capacitățile intra- și interpersonale ale copilului, fiind comportamente învățate, pot fi ameliorate-modificate-schimbate prin exercițiu;

2) în cadrul intervenției ameliorative se lucrează doar cu capacitățile intra- și interpersonale ale copilului deficitare la nivel de achiziție sau de manifestare;

3) deoarece capacitățile intra- și interpersonale ale copilului au un înalt caracter contextual, dezvoltarea lor este posibilă doar în condițiile modificărilor survenite în mediul social imediat;

4) capacitățile intra- și interpersonale ale copilului sunt cel mai bine transmise și preluate în spații și situații naturale;

5) dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale ale copiilor este guvernată de principiul reciprocității sociale;

6) modalitatea de transmitere a capacităților intra- și interpersonale copiilor urmează să fie aceeași și prin proceduri și tehnici asemănătoare metodelor utilizate în predarea/învățarea în școală;

7) capacitățile intra- și interpersonale ale copilului se schimbă cantitativ și calitativ proporțional cu cantitatea schimbărilor comportamentelor sociale;

8) capacitățile intra- și interpersonale ale copilului sunt asociate negativ cu comportamentele problematice care apar pe parcurs, dezvoltarea primelor reducând din incidența celor din urmă;

9) capacitățile intra- și interpersonale ale copilului trebuie antrenate în asociere cu exersarea comportamentelor în cadrele naturale în care se produc;

10) capacitățile intra- și interpersonale ale copilului trebuie să fie la fel sau mai eficiente și mai sigure în atingerea rezultatelor dorite, decât comportamentele competitive.

În literatura de specialitate cu privire la învățarea/predarea/formarea capacităților intra- și interpersonale ale copilului există un consens asupra faptului că demersul implică achiziția, producerea și generalizarea comportamentelor prosoziale și reducerea sau eliminarea problemelor

comportamentale. În funcție de dezvoltarea socială, un anumit copil poate manifesta o combinație de deficite de capacități intra- și interpersonale, ceea ce va necesita o combinație de intervenții în scopul achiziției și producerii lor și al reducerii comportamentelor ineficiente.

**Metodele de colectarea a datelor post-intervenție** au fost aceleași, precum în cadrul experimentului de constatare:

- 1) testul sociometric;
- 2) metode semi/proiective - „Testul-film” al lui René Gille (TFRG);
- 3) scale și inventare de evaluare/autoevaluare.

Optimizarea capacităților intra- și interpersonale presupune sporirea valorilor variabilelor asociate pozitiv cu integrarea socială – toleranță la frustrare, stabilitate emoțională, stimă de sine, autoeficacitate și comunicabilitate, diminuarea celor asociate negativ cu scopul final al programului - egocentrism, conflictualitate/agresivitate, reacție la frustrare și tendință spre singurătate/izolare. Referindu-ne la capacitățile interpersonale, ținem să menționăm că integrarea socială poate fi pulsionată de atitudinile pozitive față de persoanele din mediul social imediat, percepția pozitivă din partea părinților, profesorilor și colegilor, înlăturarea reticenței sociale și sporirea statutului sociometric în grupul de egali.

PISC-TTL pleacă de la modelul teoretic afirmat în literatura de specialitate conform căruia „terapia tulburărilor de limbaj rezolvă ...facilitează socializarea (și integrarea socială – n.a.) și stimulează dezvoltarea funcțiilor care stau la baza nu doar a vorbirii, citirii și scrierii, ci și a învățării în general, contribuie la dezvoltarea unor atitudini pozitive față de școală și colegi, eliberează copilul de sentimentul de inferioritate” [150, p. 154] și în același timp de la asumțiile teoretice mai puțin argumentate empiric cu privire la faptul că, mai ales la vârste mici, TTL se subordonează principiilor că învățarea este mediată social [124] și că la aceste vârste integrarea socială se exprimă în capacități:

- a) de a stabili relații cu convârșnicii și a le diversifica în raport cu interesele proprii sau de grup;
- b) de a se supune normelor impuse de grupul de copii prin acceptare și respect;
- c) de a coopera cu copiii în stabilirea unor norme în comun convenite;
- d) de a-și determina rolul, locul și importanța ca „eu” în contextul grupului;
- e) de a determina rolul și locul grupului în raport cu sine [34, p. 61-62].

De asemenea PISC-TTL a fost fundamentat pe definițiile integrării sociale și pe principiile care au stat la baza elaborării programelor de formare/dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale existente în literatura de specialitate.

PISC-TTL a fost conceput în acord cu modelul trifactorial al determinanților comportamentului social care are în vedere 3 categorii: a) intraindividuali, manifestați în capacități intrapersonale, b) interpersonal, incluzând capacitățile de interacțiune cu cei din jur și c) contextuali, determinând capacitatea de deschidere socială [193] și cu tipologia programelor de formare/dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale existente în literatura de specialitate [126].

PISC-TTL, aplicat în cadrul intervenției ameliorative, a avut două planuri interconectate: a) intervenția pentru dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale și b) intervenția logopedică - TTL.

**Conținutul intervenției ameliorative.** Pentru realizarea fiecăruia dintre obiectivele specifice, au fost desfășurate activități de (a se vedea Anexa 11):

a) optimizare a capacităților intrapersonale de integrare socială a copilului cu TL, care a implicat:

a1) terapia dislaliei,

a2) creșterea comunicabilității, toleranței la frustrare, stabilității emoționale, stimei de sine și autoeficacității,

a3) diminuarea tendinței spre stări conflictuale și agresivitate;

b) optimizarea relațiilor cu membrii mediului social imediat – dezvoltarea capacităților interpersonale – a implicat:

b1) analiza/conștientizarea relațiilor cu părinții, frații și surorile, semenii și cadrele didactice;

b2) optimizarea relațiilor cu părinții, frații și surorile, semenii și cadrele didactice;

c) pozitivizarea percepției copilului și minimizarea reticenței sociale la TL a implicat activități diversificate în funcție de cei trei principali actori ai mediului social imediat al copilului în:

c1) consilierea mamelor pentru: îmbunătățirea/ menținerea relațiilor de parteneriat/ democratice în cuplu; înțelegerea/ explicarea dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat și facilitarea comunicării copilului cu membrii familiei; înțelegerea/explicarea reacției mediului social imediat la TL a copilului;

c2) consilierea cadrelor didactice pentru: înțelegerea/explicarea dificultăților de comunicare ale copilului cu TL, facilitarea limbajului expresiv, facilitarea interacțiunilor elevilor cu TL cu colegii de clasă;

c3) consilierea elevilor din clasele în care învață copii cu TL pentru înțelegerea și acceptarea lor, interacțiunea cu elevii cu TL.

**Tabelul 3.1. Conținutul PISC-TTL**

<b>Bloc/ Domeniu</b>	<b>Conținuturi</b>	<b>Ședințe</b>
<p><b>I.</b> Etapa pregătitoare și TL cu caracter general</p> <p>Achiziția abilităților sociale + producerea comportamentelor specifice comunicabilității, stimei de sine, autoeficacității</p> <p>Consilierea mamelor și cadrelor didactice</p>	<p>1. Cunoașterea copilului (anamneză)</p> <p>2. Înlăturarea negativismului față de vorbire și crearea încrederii</p> <p>3. Familiarizarea cu mediul logopedic și crearea unei atitudini pozitive față de TL</p> <p>4. Relaționarea cu familia copilului</p>	Ședința nr. 1
	<p>1. Dezvoltarea mobilității aparatului fonoarticular</p> <p>2. Dezvoltarea respirației corecte nonverbale</p> <p>3. Achiziția și producerea comportamentelor specifice comunicabilității</p> <p>4. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 2
	<p>1. Dezvoltarea mobilității aparatului fonoarticular</p> <p>2. Dezvoltarea respirației corecte verbale</p> <p>3. Educarea auzului fonematic</p> <p>4. Achiziția și producerea comportamentelor relaționate cu stima de sine</p> <p>4. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 3
	<p>1. Dezvoltarea mobilității aparatului fonoarticular</p> <p>2. Educarea auzului fonematic</p> <p>3. Achiziția și producerea comportamentelor asociate încrederii în propria capacitate de a se integra în grupul școlar</p> <p>4. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 4
<p><b>II.</b> Intervenția specifică – obținerea și exersarea sunetului deficitar</p> <p>Achiziția abilităților sociale + producerea comportamentelor specifice controlului toleranței la frustrare, stabilității emoționale, tendinței spre stări conflictuale, agresivității</p>	<p>1. Pregătirea impostării</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor specifice toleranței la frustrare</p> <p>3. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 5
	<p>1. Emiterea sunetului prin demonstrație și imitație</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor specifice stabilității emoționale</p> <p>3. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 6
	<p>1. Emiterea concomitentă a sunetului</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor specifice reducerii stărilor conflictuale</p> <p>3. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 7
	<p>1. Emiterea independentă a sunetului;</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor specifice controlului agresivității</p> <p>3. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 8
<p><b>III.</b> Intervenția specifică – consolidare sunetului corect</p> <p>Achiziția abilităților sociale + producerea comportamentelor specifice relațiilor cu părinții, cu frații și surorile, cu prietenii și cu profesorii</p>	<p>1. Introducerea sunetului în silabe</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor reprezentative pentru relațiile cu părinții</p> <p>3. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 9
	<p>1. Introducerea sunetului în cuvinte</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor reprezentative pentru relațiile cu frații și surorile</p> <p>3. Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 10
	<p>1. Diferențierea la nivelul silabelor</p> <p>2. Achiziția și producerea comportamentelor reprezentative pentru relațiile cu colegii și prietenii.</p> <p>Consilierea părintelui</p>	Ședința nr. 11

Bloc/ Domeniu	Conținuturi	Ședințe
	1. Diferențierea la nivelul cuvintelor 2. Achiziția și producerea comportamentelor reprezentative pentru relațiile cu cadrul didactic 3. Consilierea părintelui	Ședința nr. 12
IV. Intervenția specifică – automatizarea sunetului corectat	1. Exersarea sunetului în propoziții; 2. Facilitarea generalizării și menținerii comunicabilității, stimei de sine, autoeficacității 3. Consilierea părintelui	Ședința nr. 13
Facilitarea generalizării și menținerii abilităților sociale.	1. Exersarea sunetului corectat în texte scurte și povestiri 2. Facilitarea generalizării și menținerii controlului toleranței la frustrare, stabilității emoționale, gestionării conflictelor și agresivității 3. Consilierea părintelui	Ședința nr. 14
	1. Exersarea sunetului corectat în ghicitori și cimilituri - frământări de limbă 2. Facilitarea generalizării și menținerii abilităților sociale - relații cu părinții și cu frații și surorile 3. Consilierea părintelui	Ședința nr. 15
	1. Evaluarea vorbirii 2. Facilitarea generalizării și menținerii abilităților sociale - relațiilor cu prietenii și cu profesorii 3. Consilierea părintelui	Ședința nr. 16

**Programul a fost structurat în 4 blocuri** constituite dintr-un număr variabil de ședințe (în total – 16).

Fiecare ședință a fost organizată în funcție de specificul său:

a) individuală, cu două componente: 1) doar cu copilul dislalic și 2) 10 minute de implicare a mamei – moment în care sunt analizate rezultatele curente și prezentate sarcinile, atât pentru integrare socială cât și logopedice, dar și modelele de lucru pentru realizarea acestora acasă;

b) de grup: activități desfășurate în clasa elevilor cu TL, împreună cu colegii lor fără TL.

**Prima etapă a implementării programului** a constat în stabilirea contactului cu adulții care au consimțit să se implice în experiment: mamele și cadrele didactice ale copiilor cu TL incluși în intervenția ameliorativă, mai precis în expunerea și explicitarea principalelor aspecte ale programului (Anexa 11).

Expunerile și explicitările au fost realizate în cadrul unor întâlniri de grup dar și a unor convorbiri individuale. Grupurile au fost constituite aleatoriu în funcție de disponibilitatea participanților, în general în ședințe cu părinții organizate de cadrele didactice, pentru mamele care nu au participat la ședință organizându-se întâlniri suplimentare în grupuri mai mici. Convorbirile individuale s-au desfășurat la CLI înainte și după ședința de TTL ambulatorie a copilului. Această etapă a inclus și ședințe (de 3-4 ore în total) cu 3, maximum 4 mame împreună cu copiii lor, în care s-a clarificat natura contribuției mamei în exersarea temelor primite de copii în afara CLI.

**Cea de a doua etapă a implementării programului** a constat în:

a) activități cu copiii, individuale și de grup, de dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale pentru integrarea socială a copiilor și de TTL corelate cu activități individuale și de grup;

b) activități cu mamele și cadrele didactice, individuale și de grup de consultanță, consiliere și training în scopul pozitivizării percepției copilului și minimizării reticenței sociale la TL ale copilului.

La prima întâlnire individuală cu mama copilului, aceasta a fost informată cu privire la capacitățile intra- și interpersonale și la manifestarea reticenței sociale a copilului lor, așa cum au reieșit din evaluarea inițială, realizată în cadrul experimentului constatativ, și a fost consultată cu privire la disponibilitatea de a colabora nu doar în vederea TTL, ci în vederea creșterii comunicabilității, toleranței la frustrare, stabilității emoționale, stimei de sine și autoeficacității și diminuării tendinței spre stări conflictuale și a agresivității copilului.

La cea de-a doua întâlnire individuală cu mama copilului a fost realizată o evaluare a resurselor de timp, afective și relaționale disponibile pentru a contribui la realizarea obiectivelor stabilite la prima întâlnire. Acestea au fost analizate în termeni de relații intrafamiliale, suportul din partea membrilor familiei, inclusiv al soțului.

Aceste întâlniri au demonstrat existența resurselor necesare pentru implicarea în demersul de creștere a capacității de integrare socială a copilului la toate mamele implicate în experiment, atitudinea pozitivă a mamelor, disponibilitatea și entuziasmul manifestat fiind congruente cu profilul familiilor și al percepției copilului cu TL în familie identificate în cadrul experimentului constatativ, dat și în acord cu literatura de specialitate care nu menționează probleme severe de alterare a percepției copilului cu TL în mediul social imediat [138, 150, 152, 175].

Atitudinile manifestate de mamele copiilor au conferit întâlnirilor individuale un caracter de consultanță și training.

Numărul ședințelor individuale doar cu mama copilului a fost diferit, variind de la 3 la 5 întâlniri de câte 1 oră fiecare. În aceste ședințe s-a realizat: clarificarea atitudinilor mamei și a membrilor familiei față de copil; clarificarea efectelor atitudinilor membrilor familiei cu privire la TL a copilului asupra capacității sale de interacțiune și integrare socială; discuții asupra potențialului de terapie a tulburării de limbaj a copilului și de dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale; instruire în ceea ce privește derularea acasă a exercițiilor de optimizare a interacțiunilor sociale copiilor în familie și de TTL.

Discuțiile informative la sfârșitul ședinței de dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale ale copilului și de TTL au fost incluse în program. Acestea au fost asociate și cu exerciții demonstrative, cu exersare mama-copil sub supervizare. Aceste exerciții mamă – copil au

vizat și au contribuit la depășirea dificultăților relativ ușoare de relaționare dintre ei și la clarificarea așteptărilor latente reciproce. Ele s-au soldat cu o mai accentuată acceptare din partea copilului a rolului de formator al mamei, în absența logopedului.

**A treia etapă a implementării programului** a constat în:

a) activități cu copiii, individuale și de grup, de dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale pentru producerea comportamentelor specifice relațiilor cu părinții, cu frații și surorile, cu semenii și cu cadrele didactice și de TTL;

b) activități cu mamele și cadrele didactice, individuale și de grup de consultanță, consiliere și training în scopul susținerii învățării comportamentelor sociale și de interrelaționare cu mediul social imediat de către copiii.

După modelul dezvoltat de Spence S. H. [193, p. 89-90] intervenția pentru dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale ale copiilor a inclus ca și componente:

a) achiziția capacităților intra- și interpersonale;

b) creșterea eficienței capacităților intra- și interpersonale (producerea comportamentelor);

c) facilitarea generalizării și menținerii capacităților intra- și interpersonale.

Și la această etapă s-a recurs la un șir de exerciții pentru: creșterea comunicabilității, creșterea toleranței la frustrare, creșterea stabilității emoționale, creșterea stimei de sine, creșterea autoeficacității, diminuarea tendinței spre stări conflictuale, diminuarea agresivității, optimizarea relațiilor cu părinții, optimizarea relațiilor cu frații și surorile, optimizarea relațiilor cu prietenii și optimizarea relațiilor cu cadrele didactice.

Pentru optimizarea relațiilor s-a recurs la diverse antrenamente și tehnici.

**1. Trainingul capacității de a efectua strategii adecvate de răspuns**, abilitarea copiilor în achiziționarea repertoriului de comportamente bazale cu impact asupra impresiei făcute celor din jur: contact vizual și expresie facială, controlul vocii (ton, ritm, volum).

Tehnicile comportamentale utilizate pentru învățarea capacităților intra- și interpersonale au inclus instrucțiuni, discuții, modelare, joc de rol, repetarea comportamentelor, feedback-ul și întărirea [193, p. 89]. Modelarea a implicat modele potrivite vârstei și experienței și situații apropiate de cele reale. Exersarea capacităților intra- și interpersonale s-a realizat și în sarcini intersesiuni, acasă sau în alte diferite contexte, cu implicarea părinților sau altor membri ai familiei, a cadrelor didactice, colegilor de clasă. În cadrul sesiunilor de antrenare a fost utilizat jocul de rol cu scenarii relevante pentru membrii grupului (de exemplu, a întreba colegii despre programul TV favorit ca prilej pentru a exersa utilizarea contactului vizual).

**2. Trainingul abilităților de percepție socială** – de interpretare corectă a indiciilor sociale ale celorlalți și a contextului social. Pe considerentul că percepția socială corectă abilitază copiii

să identifice o problemă socială și când și cum este necesară ajustarea comportamentului social, formarea abilităților de percepție socială a inclus învățarea monitorizării, discriminarea și identificarea indiciilor referitoare la a) propriile emoții și sentimente, b) emoțiile, sentimentele și perspectiva celorlalți actori implicați în interacțiune, c) caracteristicile și normele sociale specifice situațiilor și contextelor sociale. Trainingul a inclus discuții pe baza unor vignete desenate sau înregistrate video care descriu situații sociale dificile. Materialul a fost folosit pentru a identifica indiciile sociale în diferite situații – expresia facială, postura, tonul vocii, contactul vizual și acțiuni sociale complexe. Aceste informații au fost folosite pentru identificarea/definirea perspectivei celor implicați în interacțiune și a regulilor sociale care reglementează respectiva situație. În realizarea antrenamentelor la fel au fost implicați părinții și cadrele didactice.

**3. Tehnici de rezolvare a problemelor sociale** - identificarea problemei, generarea de soluții alternative, predicția consecințelor, selecția și planificarea răspunsurilor adecvate.

Componenta exersării aptitudinilor de rezolvare de probleme interpersonale a inclus strategii de identificare a răspunsurilor eficiente în gestionarea situațiilor sociale dificile. Copiii au fost învățați o serie de pași în rezolvarea problemei, inclusiv: a) identificarea apariției unei probleme sociale, care necesită o soluție, b) prefigurarea unor răspunsuri alternative posibile înaintea unui răspuns impulsiv, c) predicția consecințelor probabile ale acestor alternative și d) selectarea strategiei apreciate ca ducând cu cea mai mare probabilitate la succes. Pașii au fost învățați în cadrul unei serii de exerciții și jocuri care modelează situații sociale relevante pentru copil, realizate atât în ședințele cu logopedul, cât și în familie sau în cadrul clasei de elevi. După ce fiecare pas a fost învățat, formatorul a ilustrat pașii cu imagini ale unei situații concrete de rezolvare a unei probleme sociale. Fiecare elev a fost solicitat să povestească cu voce tare fiecare pas de rezolvare a problemei sociale.

**La cea de a patra etapă** s-a realizat facilitarea generalizării și menținerii capacităților intra- și interpersonale.

Pentru reducerea/inhibarea răspunsurilor sociale concurente nepotrivite s-a recurs la managementul întăririlor, relaxare, restructurare cognitivă, care s-au realizat în contextul unor scenarii mai complexe, cu detaliile oferite de cardurile de joc de rol.

Feedback-ul a fost oferit de formatori sau colegi în cadrul sesiunilor de lucru sau de persoanele semnificative în afara sesiunilor și a fost unul constructiv: au fost subliniate aspectele pozitive ale comportamentului alături de cele care au fost semnalate ca având nevoie de îmbunătățire. Lauda a fost un aspect important al feedback-ului și s-a acordat pentru aproximări succesive ale comportamentelor-țintă.



În program au fost implicați colegii, părinții și cadrele didactice, în afara sesiunilor de formare și antrenare. Aceștia au fost pregătiți în prealabil să acționeze ca surse de indicii discriminative reale pentru declanșarea interacțiunilor sociale, să mobilizeze efortul copiilor cu TL de a-și folosi capacitățile sociale nou-dobândite și să furnizeze feedback adecvat în sarcini precum a solicita ajutor, asistență, a refuza, a solicita informații și a invita la participare la o acțiune comună [193, p. 90].

### **3.2. Rezultatele PISC-TTL pentru integrarea socială prin dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale, diminuarea reticenței sociale și terapia tulburărilor de limbaj**

După finalizarea PISC-TTL au fost măsurați din nou indicatorii capacităților intrapersonale de integrare socială, și a celor interpersonale cu referință la relațiile copilului cu membrii mediului social imediat, percepția copilului de către membrii mediului social imediat și reticența socială la TL la copiii din grupul experimental în comparație cu cei din grupul de control I – copii cu TL care au urmat doar TTL, grupul de control II – copii fără TL. Aceștia au fost comparați cu indicatorii identificați în experimentul constatativ atât la grupul experimental cât și la grupurile de control.

Evaluarea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și a indicatorilor reticenței - deschiderii sociale ale copiilor cu TL după frecventarea PISC-TTL s-a realizat cu aceleași instrumente utilizate în etapa constatativă.

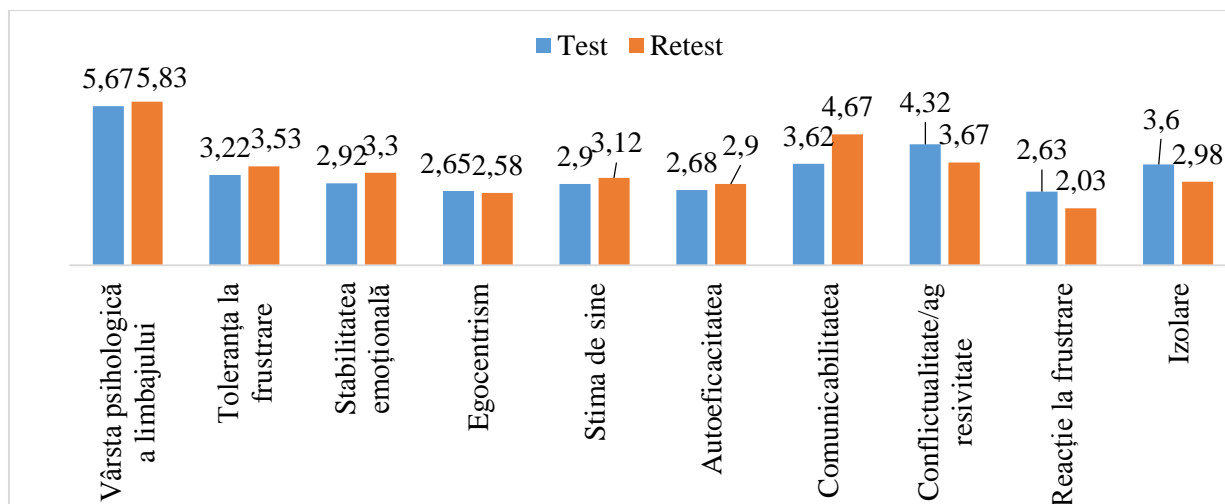
Indicatorii capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și ai reticenței sociale ale celor 60 de copii cu TL implicați în intervenția ameliorativă – PISC-TTL, la evaluarea retest, au fost comparați cu:

- a) indicatorii capacităților lor intra- și interpersonale de integrare socială și ai reticenței sociale înainte de implementarea PISC-TTL, din cadrul experimentului constatativ;
- b) indicatorii capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și ai reticenței sociale ale copiilor cu TL, care au urmat doar TTL, după intervenția ameliorativă;
- c) indicatorii capacităților intra- și interpersonale de integrare socială și ai reticenței sociale ale copiilor fără TL, după intervenția ameliorativă.

Prin aceste comparații se urmărește: evidențierea schimbărilor produse în acești indicatori de la etapa constatativă la etapa de după intervenția ameliorativă la nivelul copiilor cu TL și evidențierea potențialului copiilor cu TL de a se apropia de profilul psihosocial al copiilor fără TL de aceeași vârstă.

## Rezultatele intervenției ameliorative în dezvoltarea capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu tulburări de limbaj

Schimbările survenite la nivelul capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul experimental sunt ilustrate de datele care vor fi prezentate în continuare (Fig. 3.1).



**Fig. 3.1. Capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul experimental test-retest**

La finalizarea PISC-TTL, comparativ cu etapa constatativă, scoruri mai mari s-au obținut la nivelul vârstei psihologice a limbajului (5,83 față de 5,67), toleranței la frustrare (3,53 față de 3,22), stabilității emoționale (3,3 față de 2,92), stimei de sine (3,12 față de 2,9), autoeficacității (2,9 față de 2,68) și comunicabilității (4,67 față de 3,62), iar scoruri mai mici s-au obținut la nivelul variabilelor asociate negativ cu integrarea socială: egocentrismului (2,58 față de 2,65), conflictualității/agresivității (3,67 față de 4,32), reacției la frustrare (2,03 față de 2,63), izolării și tendinței spre singurătate (2,98 față de 3,06). Cea mai mare diferență dintre scorurile medii test – retest se atestă în ce privește comunicabilitatea. Cele mai mici diferențe – în egocentrism, toleranță la frustrare, stabilitate emoțională și stimă de sine, fapt care poate fi explicat prin durata relativ scurtă a intervenției.

Testul t-Student pentru două eșantioane perechi a evidențiat diferențe semnificative statistic (Tabelul 3.2) pentru majoritatea mediilor variabilelor măsurate. Excepție fac stima de sine și egocentrismul, la care, deși se pot observa modificări (Fig. 3.1, Tabelul 3.2), acestea nu sunt semnificative statistic, precum și vârsta psihologică a limbajului, care s-a modificat relativ puțin. Faptul că vârsta psihologică a limbajului nu s-a modificat substanțial, deși s-a calculat o diferență semnificativă statistic dintre mediile test-retest, poate fi explicat atât prin durata relativ scurtă a intervenției ameliorative, cât și prin obiectivele PISC-TTL care s-au referit în primul rând la terapia

dislaliei și integrarea noii competențe lingvistice (de pronunție corectă) în patternurile de integrare socială a copilului, dar și prin faptul că acest coeficient crește pe parcursul învățării școlare, ilustrând achizițiile de vocabular. Faptul că egocentrismul nu s-a modificat semnificativ statistic ar putea fi explicat prin caracterul lui de trăsătură dispozițională, mai stabilă în timp, iar sporirea ne semnificativă a stimei de sine – prin necesitatea de consolidare a nivelului atins al capacităților intrapersonale de integrare socială și aplicarea lor în relațiile cu mediul, prin care urmează să sporească stima de sine ca o componentă emoțională importantă a eului copiilor.

În cazul celorlalte variabile se atestă schimbări pozitive, constatându-se diferențe statistic foarte semnificative ( $p < 0,01$ ) care ilustrează un spor considerabil în măsurarea retest a toleranței la frustrare, stabilității emoționale, autoeficacității și comunicabilității, și o scădere a manifestărilor asociate negativ cu integrarea socială, precum conflictualitatea/agresivitatea, reacția la frustrare, izolarea și tendința spre singurătate. Astfel putem constata că PISC-TTL și-a demonstrat eficiența pentru ameliorarea capacităților intrapersonale ale integrării sociale a copiilor cu TL.

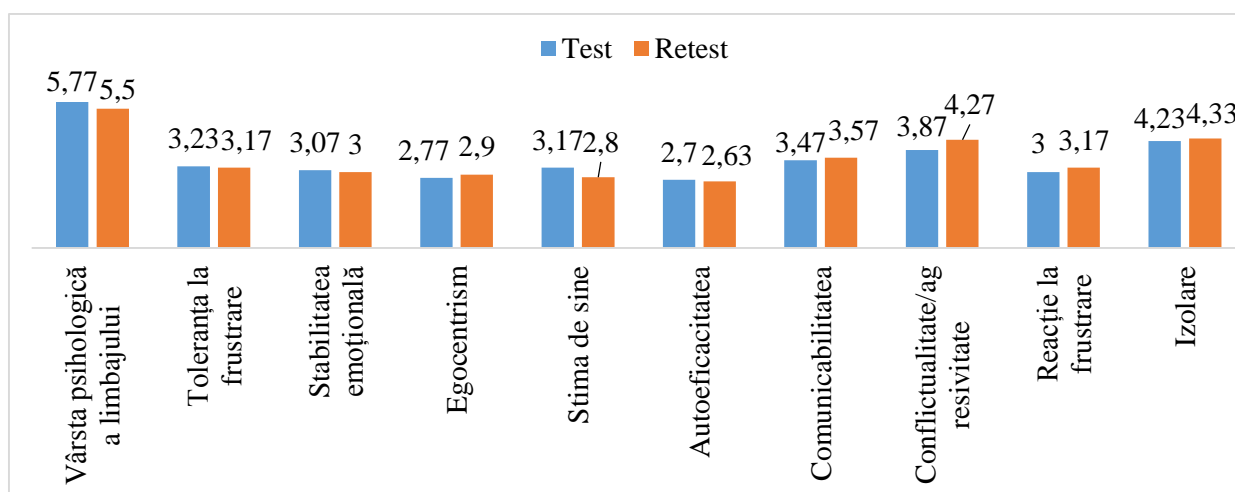
**Tabelul 3.2. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental test – retest**

Testul t-Student pentru eşantioane perechi		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Vârsta psihologică a limbajului	-,16667	,64221	,08291	-2,010	59	,049
Pair 2	Toleranța la frustrare	-,31667	,62414	,08058	-3,930	59	,000
Pair 3	Stabilitatea emoțională	-,38333	,52373	,06761	-5,669	59	,000
Pair 4	Egocentrism	,06667	,54824	,07078	,942	59	,350
Pair 5	Stima de sine	-,21667	,88474	,11422	-1,897	59	,063
Pair 6	Autoeficacitatea	-,21667	,49030	,06330	-3,423	59	,001
Pair 7	Comunicabilitatea	-1,05000	,96419	,12448	-8,435	59	,000
Pair 8	Conflict/agresivitate	,65000	,89868	,11602	5,603	59	,000
Pair 9	Reacția la frustrare	,60000	,69380	,08957	6,699	59	,000
Pair 10	Izolare, singurătate	,61667	1,49680	,19324	3,191	59	,002

Pentru a verifica eficiența PISC-TTL am realizat investigații retest în grupul de control I – copii cu TL care au promovat doar TTL (Fig. 3.2).

La finalizarea TTL, comparativ cu etapa constatativă, scoruri mai mari s-au obținut la egocentrism (2,9 față de 2,77), comunicabilitate (3,57 față de 3,47), conflictualitate/agresivitate (4,27 față de 3,87), reacție la frustrare (3,17 față de 3), izolare și tendință spre singurătate (4,33 față de 4,23), iar scoruri mai mici la nivelul vârstei psihologice a limbajului (5,77 față de 5,05), toleranța la frustrare (3,17 față de 3,23), stabilitate emoțională (3,0 față de 3,07), stimă de sine (2,8 față de 3,17), autoeficacitate (2,63 față de 2,7). Găsim chiar o înrăutățire a situației la nivel de capacități intrapersonale ale copiilor, scădere a mediilor pentru unele din variabilele asociate pozitiv cu integrarea socială, cum ar fi toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, stima de sine

și autoeficacitatea, spor al mediilor la nivelul variabilelor asociate negativ – egocentrismului, conflictualității și agresivității, reacției la frustrare, izolării și tendinței spre singurătate. Explicația am găsit-o în câteva situații caracteristice acestor copii. În primul rând, fiind înscriși în clasa pregătitoare ei se găsesc într-o situație socială și mediu nou, parcurgând procesul de adaptare la exigențele școlare. În al doilea, deși au fost cuprinși în TTL, care i-a ajutat să elimine o parte din dificultăți, tot această terapie i-a făcut să se simtă diferiți, uneori să se subvalueze în raport cu copii fără TL. PISC-TTL, astfel, se dovedește a fi un program eficient, oferind sprijin pentru integrarea socială și acomodarea copiilor la mediul școlar.



**Fig. 3.2. Capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul de control I test-retest**

Compararea mediilor prin intermediul testului t-Student pentru eșantioane perechi a evidențiat diferențe semnificative statistice (Tabelul 3.3) doar pentru unele din variabilele măsurate: scade semnificativ vârsta psihologică a limbajului ( $p=0,01$ ), se diminuează stima de sine ( $p<0,01$ ), sporesc tendințele conflictuale și agresivitatea ( $p=0,048$ ).

În rezultatul comparării statistice test-retest a scorurilor concluzionăm despre lipsa unor schimbări semnificative în majoritatea variabilelor asociate capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul de control I. Adică, putem vorbi despre o stagnare a situației, cu o modificare spre negativ a unor însușiri de personalitate, aprecieri ale sinelui și particularități de relaționare cu mediul social. Totuși, scopul educațional constă în dezvoltarea personalității copilului, iar situația elevilor cu TL, identificată prin retest, poate fi apreciată ca una îngrijorătoare, care necesită o abordare interdisciplinară, întrunind eforturile specialiștilor – consilieri școlari, cadre didactice, logopezi, și ale părinților. Este aceea ce s-a utilizat în programul propus în cercetarea de față PISC-TTL și ce a demonstrat eficacitate.

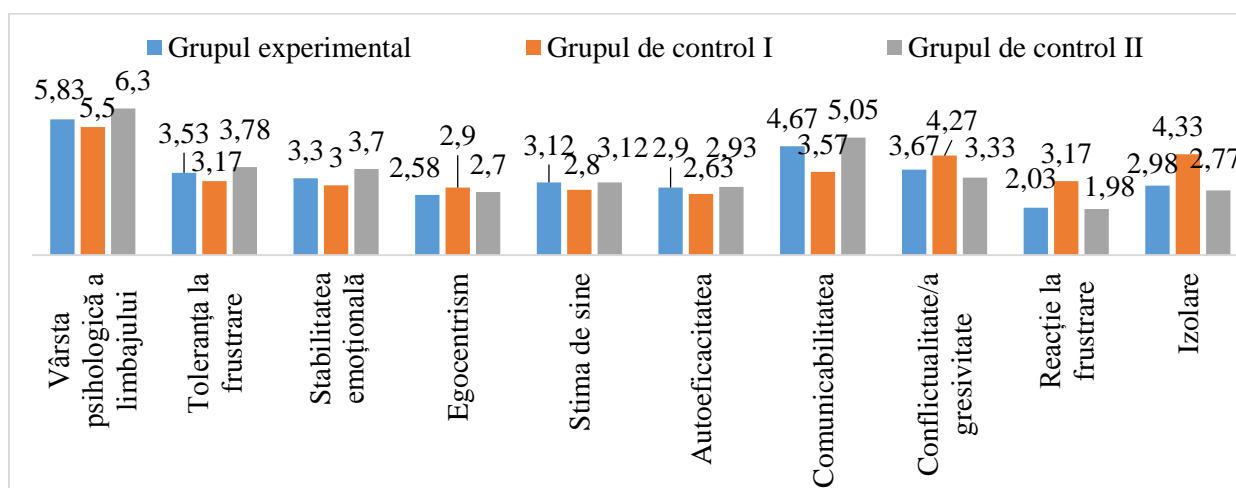
Eșantionul copiilor cu TL din cadrul cercetării de față a întrunit copii cu TL ușoare, exprimate în deformarea sunetelor în diferite locuri de articulare, care au tendința de a fi rezolvate

până la momentul în care copiii intră în clasa I sau la scurt timp după aceea. Astfel, au fost constituite grupuri în scop de a înlătura TL, dar TTL, după cum atestă datele, se dovedește a fi insuficientă, întrucât, considerăm noi, capacitățile de integrare socială bine dezvoltate accelerează și procesul TTL, realizându-se schimbări în beneficiul dezvoltării copilului.

**Tabelul 3.3. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul de control I test – retest**

Testul t-Student pentru eșantioane perechi		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Vârsta psihologică a limbajului	,26667	,77824	,10047	2,654	59	,010
Pair 5	Stima de sine	,36667	,91996	,11877	3,087	59	,003
Pair 8	Conflict/agresivitate	-,40000	1,53159	,19773	-2,023	59	,048

Prin compararea scorurilor retest din grupul experimental și grupurile de control I (cu TL) și II (fără TL) cu cele ale copiilor fără TL (Fig. 3.3, Tabelul 3.4) am verificat eficiența PISC-TTL și presupunerea că acest program poate contribui la nivelarea diferențelor dintre capacitățile intrapersonale ale copiilor cu și fără TL.



**Fig. 3.3. Capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest**

Prin compararea statistică s-a identificat nivelarea diferențelor între capacitățile intrapersonale ale copiilor din grupul experimental și grupul de control II – fără TL. S-au menținut diferențe statistice puternic semnificative pentru vârsta psihologică a limbajului ( $p < 0,001$ ), care a crescut atât în cazul copiilor din grupul experimental (mai înalt de 5,8), cât și al celor din grupul fără TL (6,3). În ambele grupuri vârsta psihologică a limbajului se înscrie în limitele normei. Diferă semnificativ și stabilitatea emoțională în măsurarea retest ( $p = 0,02$ ), mediile fiind egale cu 3,3 în grupul experimental și 3,7 – în cel de control II. Diferențe statistice puțin semnificative ( $p = 0,051$ ) au fost calculate și pentru toleranța la frustrare, care a sporit în cazul copiilor din grupul experimental până la 3,53, iar al celor fără TL - până la 3,78, comunicabilitate ( $p = 0,051$ ), care a

realizat prin retest medii respectiv egale cu 4,67 și 5,05. În restul capacităților intrapersonale copiii cu TL din grupul experimental și cei fără TL au realizat în calculul retest medii care nu diferă statistic: egocentrism mai jos - 2,58 în grupul experimental și 2,7 în cel de control II, stimă de sine mai înaltă – 3,12 în ambele grupuri, autoeficacitate mai înaltă – respectiv 2,9 și 2,93, orientare spre conflict/agresivitate mai joasă – 3,67 și 3,33, reacție la frustrare mai puțin manifestă – 2,03 și 1,98, izolare, retragere în singurătate mai puțin exprimate – 2,98 și 2,77.

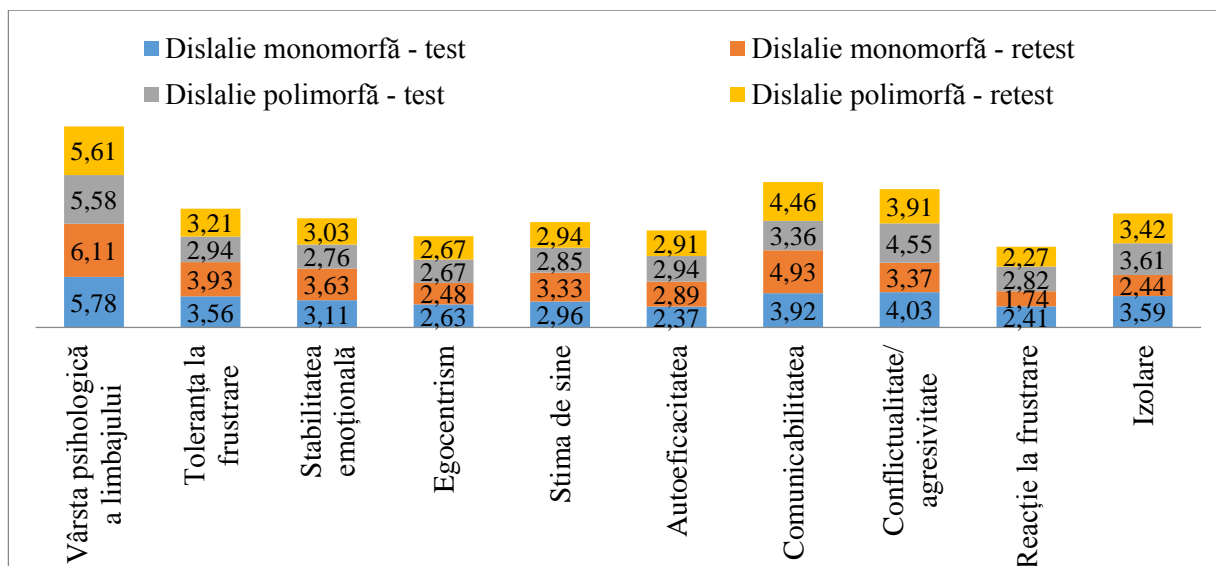
Rezultatele retest în compararea mediilor pentru capacitățile intrapersonale calculate în grupul de control I – copii cu TL care au parcurs TTL, cu cele din grupul experimental și grupul de control II ilustrează o altă situație: se atestă diferențe statistic semnificative cu grupul experimental în manifestarea tuturor capacităților intrapersonale, cu excepția stabilității emoționale, iar cu grupul de control II al copiilor fără TL – cu manifestări asemănătoare ca intensitate ale egocentrismului.

**Tabelul 3.4. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest**

Testul t-Student pentru eșantioane independente	Grupuri experimental – de control I		Grupuri experimental – de control II		Grupuri de control I – de control II	
	t	Sig. (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
Vârsta psihologică a limbajului	2,492	<b>,014</b>	-4,502	<b>,000</b>	-6,989	<b>,000</b>
Toleranța la frustrare	2,787	<b>,006</b>	-1,968	,051	-5,063	<b>,000</b>
Stabilitatea emoțională	1,941	,055	-2,366	<b>,020</b>	-4,888	<b>,000</b>
Egocentrism	-2,161	<b>,033</b>	-,835	,406	1,365	,175
Stima de sine	2,987	<b>,003</b>	,000	1,000	-3,065	<b>,003</b>
Autoeficacitatea	3,608	<b>,000</b>	-,510	,611	-3,669	<b>,000</b>
Comunicabilitatea	6,478	<b>,000</b>	-1,969	,051	-7,636	<b>,000</b>
Conflict/agresivitate	-2,867	<b>,005</b>	1,748	,083	5,317	<b>,000</b>
Reacția la frustrare	-7,020	<b>,000</b>	,381	,704	7,450	<b>,000</b>
Izolarea, singurătate	-4,255	<b>,000</b>	1,188	,237	5,055	<b>,000</b>

Analiza diferențială a evidențiat și o serie de diferențe semnificative statistic test-retest în ceea ce privește capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu dislalie încadrați în PISC-TTL în funcție de severitatea tulburării de limbaj (Tabelul 3.5, fig. 3.4).

La finalizarea intervenției ameliorative, copiii cu dislalie monomorfă au înregistrat scoruri mai mari la variabilele asociate pozitiv cu integrarea socială: vârsta psihologică a limbajului (6,11 față de 5,78), nivelul toleranței la frustrare (3,93 față de 3,56), al stabilității emoționale (3,63 față de 3,11), stimei de sine (3,33 față de 2,96), autoeficacității (2,89 față de 2,37), comunicabilității (4,93 față de 3,92), iar mai mici s-au obținut la nivelul variabilelor asociate negativ cu integrarea socială: egocentrismul (2,48 față de 2,63), conflictualitatea și agresivitatea (3,37 față de 4,03), reactivitatea la frustrare (1,74 față de 2,27) și tendința spre singurătate (2,44 față de 3,59).



**Fig. 3.4. Capacitățile intrapersonale de integrare socială test-retest a copiilor cu dislalie mono-și polimorfă din grupul experimental**

În cazul copiilor cu dislalie polimorfă au fost depistate la fel diferențe test-retest, deși mai mici decât al celor cu dislalie monomorfă: vârsta psihologică a limbajului (5,61 față de 5,58), nivelul toleranței la frustrare (3,21 față de 2,94), al stabilității emoționale (3,03 față de 2,76), stimei de sine (2,94 față de 2,85), comunicabilității (4,46 față de 3,66), mai mici s-au obținut la nivelul variabilelor asociate negativ cu integrarea socială: conflictualitatea și agresivitatea (3,91 față de 4,55), reacția la frustrare (2,28 față de 2,81) și tendința spre singurătate și izolare (3,42 față de 3,61).

**Tabelul 3.5. Statistici comparative test-retest pentru capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental în funcție de diagnostic**

Testul t-Student pentru eşantioane perechi		Copii cu dislalie monomorfă			Copii cu dislalie polimorfă		
		t	df	Sig. (2-tailed)	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Vârsta psihologică a limbajului	-2,208	26	<b>,036</b>	-,373	32	,712
Pair 2	Toleranța la frustrare	-3,058	26	<b>,005</b>	-2,502	32	<b>,018</b>
Pair 3	Stabilitatea emoțională	-4,647	26	<b>,000</b>	-3,464	32	<b>,002</b>
Pair 4	Egocentrism	1,280	26	,212	,000	32	1,000
Pair 5	Stima de sine	-1,991	26	,057	-,649	32	,521
Pair 6	Autoeficacitatea	-5,292	26	<b>,000</b>	,571	32	,572
Pair 7	Comunicabilitatea	-4,544	26	<b>,000</b>	-7,787	32	<b>,000</b>
Pair 8	Conflict/agresivitate	4,721	26	<b>,000</b>	3,566	32	<b>,001</b>
Pair 9	Reacția la frustrare	4,416	26	<b>,000</b>	5,078	32	<b>,000</b>
Pair 10	Izolare, singurătate	3,331	26	<b>,003</b>	1,000	32	,325

Pentru a surprinde mai exact diferențele test-retest s-au comparat mediile prin intermediul testului t-Student pentru eşantioane perechi.

În grupul copiilor cu dislalie monomorfă diferențe statistice semnificative test-retest au fost înregistrate la majoritatea variabilelor comparate ( $p \leq 0,04$ ), cu excepția egocentrismului și stimei

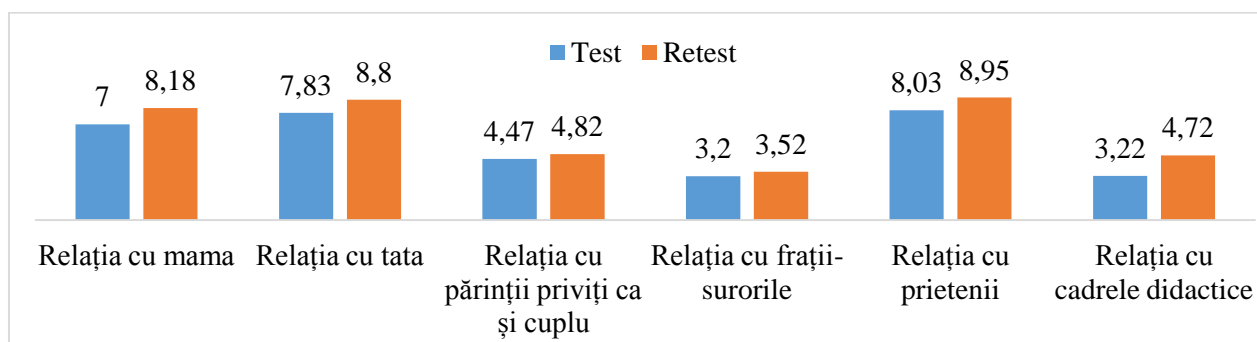
de sine. În grupul copiilor cu dislalie monomorfă doar la variabilele toleranță la frustrare ( $p=0,018$ ), stabilitate emoțională ( $p<0,01$ ), comunicabilitate ( $p<0,01$ ), conflictualitate și agresivitate ( $p<0,01$ ), reacție la frustrare ( $p<0,01$ ).

Aceste diferențe exprimă faptul că, deși, în ansamblu, intervenția ameliorativă a optimizat aproape toate variabilele asumate ca fiind asociate pozitiv cu integrarea socială și a minimizat toate variabilele asumate ca fiind asociate negativ cu integrarea socială, la copiii cu dislalie polimorfă, atât optimizarea cât și diminuarea sunt sub parametri realizați de copii cu dislalie monomorfă, fapt explicabil prin chiar severitatea problemelor asociate dislaliei polimorfe comparativ cu dislalia monomorfă.

### **Modificarea capacităților interpersonale de integrare socială a copiilor cu tulburări de limbaj în intervenția ameliorativă**

La nivelul capacităților interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul experimental, la finalizarea PISC-TTL, comparativ cu etapa constatativă, s-au obținut rezultate pozitive în sensul că se raportează un număr mai mare de relații cu cei din jur (Tabelul 3.6 și Fig. 3.5).

Excepție fac relația cu părinții priviți ca un cuplu și relația cu frații și surorile. Faptul că atitudinea față de părinții priviți ca și cuplu și față de frați și surori nu s-a modificat semnificativ după PISC-TTL ar putea fi explicat din nou în relație cu capacitatea testului-film Gille de a surprinde acest aspect la copiii cu TL, dar și cu faptul că în grupul investigat predomină copii singuri la părinți sau cu număr mic de frați și că între aceștia există în general relații pozitive.



**Fig. 3.5. Capacitățile interpersonale de integrare socială test-retest ale copiilor din grupul experimental**

Mediile test-retest au fost comparate cu utilizarea testului t-Student pentru eșantioane-perechi, care ne permite să surprindem diferențele semnificative (Tabelul 3.6).

Statistica comparativă a identificat diferențe semnificative în aprecierea relațiilor cu mama ( $p<0,001$ ), cu tata ( $p<0,001$ ), cu ambii părinți ca și cuplu ( $p<0,02$ ), cu frații și surorile ( $p<0,001$ ),



prietenii ( $p < 0,001$ ) și cadrele didactice ( $p < 0,001$ ), îmbunătățirea calității relațiilor interpersonale fiind prezentă în toate cazurile.

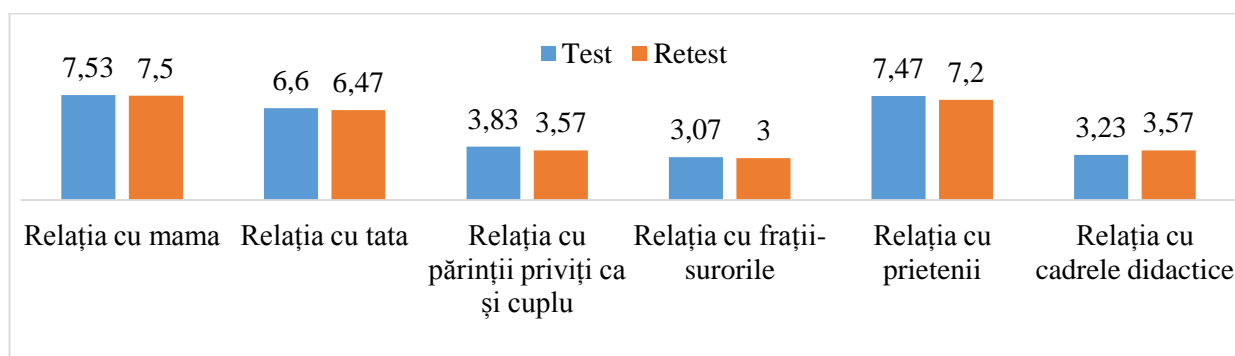
Cele mai mari diferențe dintre scorurile medii test-retest se observă în ceea ce privește atitudinea copilului față de mama (relația cu mama) – 8,18 față de 7, tată (relația cu tata) – 8,8 față de 7,83. S-au îmbunătățit considerabil relațiile cu prietenii (8,95 față de 8,03), cu cadrele didactice (4,72 față de 3,22). Mai rămân puțin apreciate relațiile cu părinții priviți ca și cuplu – 4,82 față de 4,47, cu frații și surorile – 3,52 față de 3,2.

**Tabelul 3.6. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupul experimental măsurate test-retest**

Testul t-Student pentru eșantioane-perechi		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Relația cu mama	-1,18333	,85354	,11019	-10,739	59	,000
Pair 2	Relația cu tata	-,96667	1,08872	,14055	-6,878	59	,000
Pair 3	Relația cu părinții ca și cuplu	-,35000	1,11728	,14424	-2,427	59	,018
Pair 4	Relația cu frați-surori	-,31667	,53652	,06926	-4,572	59	,000
Pair 5	Relația cu prietenii	-,91667	,67124	,08666	-10,578	59	,000
Pair 6	Relația cu cadrele didactice	-1,50000	2,12730	,27463	-5,462	59	,000

În grupul de control I – de copii cu TL care au parcurs doar TTL, capacitățile intrapersonale nu s-au modificat substanțial după intervenția ameliorativă (Fig. 3.6, Tabelul 3.7).

Compararea statistică n-a identificat nici o diferență semnificativă test-retest ( $p > 0,2$ ).

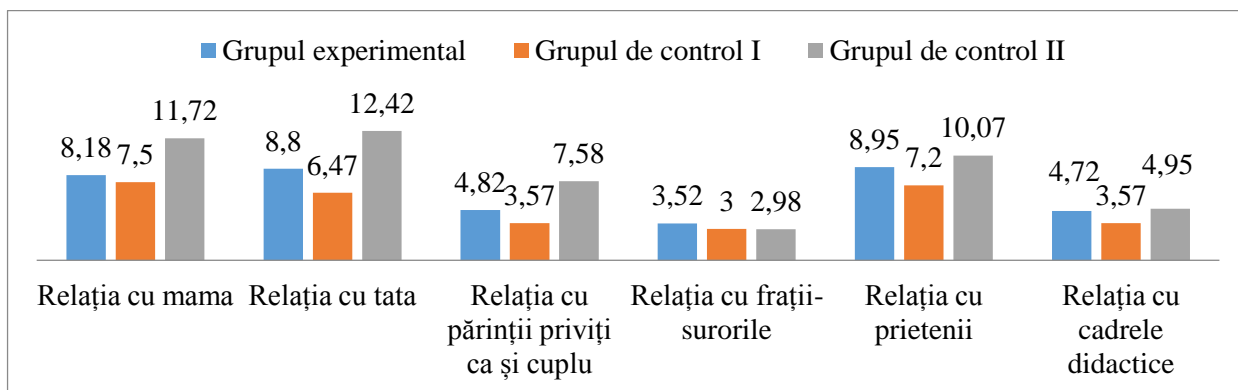


**Fig. 3.6. Capacitățile interpersonale de integrare socială test-retest ale copiilor din grupul de control I – cu TL care au parcurs TTL**

Participarea persoanelor din mediul social imediat la PISC-TTL, cum a fost în cazul grupului experimental, care a antrenat capacitățile de integrare socială cu sprijinul mamelor, cadrelor didactice și chiar colegilor de clasă, a influențat pozitiv și a pulsionat dezvoltarea capacităților interpersonale. Putem afirma despre eficiența completării TTL cu intervenție în

dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială în schimbarea pozitivă și intensificarea relațiilor cu persoanele din mediul social imediat al copilului cu TL.

Pentru a măsura eficiența PISC-TTL am comparat rezultatele privind capacitățile interpersonale ale copiilor din grupurile experimental, de control I – cu TL, dar care n-au fost cuprinși în PISC-TTL, de control II – copii fără TL. În acest scop am calculat și am comparat statistic mediile care prezintă aceste capacități după finalizarea etapei de intervenție ameliorativă. Prezentăm rezultatele în Fig. 3.7 și Tabelul 3.7.



**Fig. 3.7. Capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest**

Observăm în figură că cele mai favorabile relații cu persoanele din mediul social imediat demonstrează copiii din grupul de control II – fără TL. Ei oferă mai multe alegeri mamelor – în medie 11,72 față de 8,18 pentru grupul experimental și 7,5 – grupul de control I. Cele mai multe alegeri au fost făcute în raport cu tata: media de 12,42 în grupul de control II, 8,8 – în cel experimental, doar 6,7 – de control I. Tata prezintă importanță pentru copii, iar numărul mare de alegeri pentru diverse situații de viață ilustrează încrederea și sentimentul de securitate pe care îl împărtășesc copiii în raport cu acesta. Prin analiză calitativă a rezultatelor cercetării s-a identificat că tata este ales de copii în special în situațiile și circumstanțele mai dificile. Pe locul trei se plasează alegerea prietenilor, căror în grupul de control II le revine în medie 10,7 preferințe, în cel experimental – 8,95, de control II – 7,2. Prietenii prezintă pentru copiii de 6-7 ani importanță, iar prietenii sunt o condiție favorabilă integrării sociale. Cadrele didactice, părinții priviți ca și cuplu, frații-surorile întrunesc mai puține alegeri.

Prin compararea statistică s-a identificat că dezvoltarea capacităților interpersonale decurge mai încet, decât a celor intrapersonale. S-au menținut diferențe statistic semnificative între capacitățile interpersonale ale copiilor din grupul experimental și grupul de control II – fără TL: pentru relația cu mama, care s-a ameliorat atât în cazul copiilor din grupul experimental, cât și al celor din grupul fără TL, dar este mai bună în cel de-al doilea grup. Diferă semnificativ și relația

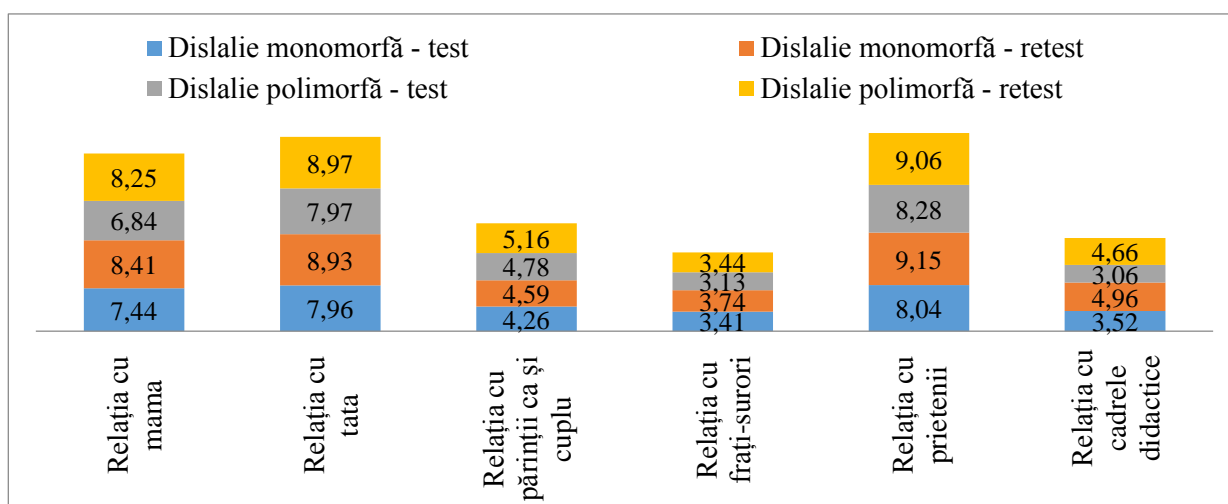
cu tata ( $p < 0,001$ ), deși în ambele grupuri aceasta a devenit mai favorabilă. Diferențe statistice semnificative au fost calculate și pentru relația cu ambii părinți priviți ca și cuplu ( $p < 0,001$ ), relația cu prietenii ( $p < 0,001$ ). S-au îmbunătățit relațiile cu frații și surorile, manifestându-se asemănător în ambele grupuri analizate, a devenit mai atractivă cea cu cadrele didactice. În ambele cazuri nu se atestă diferențe statistice semnificative între grupul experimental și cel de control II.

**Tabelul 3.7. Diferențe semnificative statistic pentru capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest**

Testul t-Student pentru eșantioane independente	Grupuri experimental – de control I		Grupuri experimental – de control II		Grupuri de control I – de control II	
	t	Sig. (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
Relația cu mama	1,952	,053	-8,603	,000	-8,863	,000
Relația cu tata	6,205	,000	-8,041	,000	-11,441	,000
Relația cu părinții ca și cuplu	2,570	,011	-5,634	,000	-9,024	,000
Relația cu frați-surori	,930	,354	,775	,440	,026	,979
Relația cu prietenii	5,578	,000	-4,763	,000	-9,399	,000
Relația cu cadrele didactice	4,054	,000	-,894	,373	-4,648	,000

Rezultatele retest în compararea mediilor pentru capacitățile interpersonale calculate în grupul de control I – copii cu TL care au parcurs TTL, cu cele din grupul experimental și grupul de control II ilustrează o situație similară: se atestă diferențe statistice semnificative cu grupul experimental în manifestarea capacităților interpersonale, cu excepția relației cu frații și surorile, iar cu grupul de control II al copiilor fără TL – la fel cu frații și surorile.

Analiza statistică n-a evidențiat diferențe semnificative statistic test-retest în ceea ce privește capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor cu dislalie din grupul experimental în funcție de severitatea tulburării de limbaj (fig. 3.8).



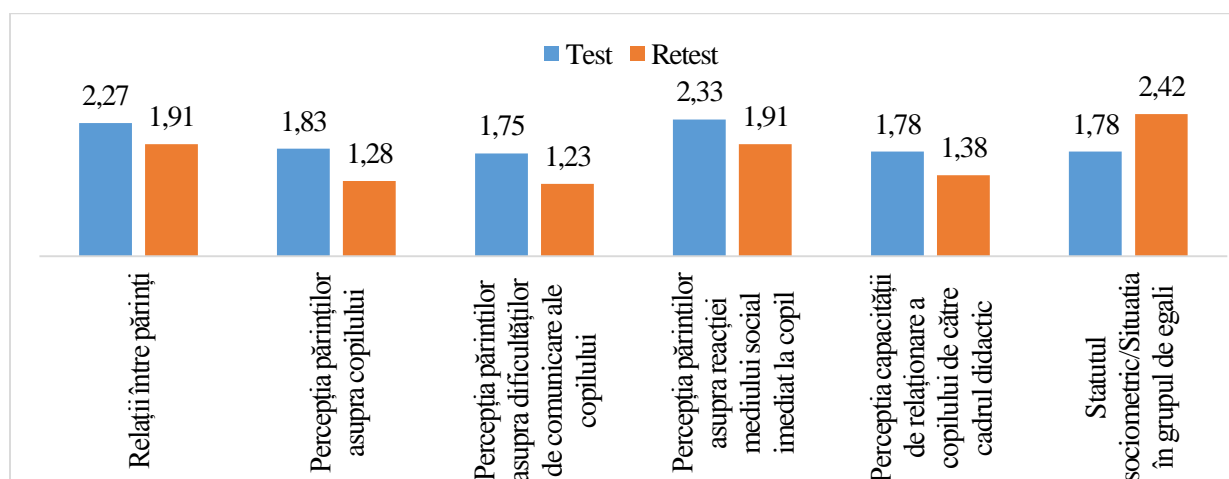
**Fig. 3.8. Capacitățile interpersonale de integrare socială test-retest a copiilor cu dislalie mono-și polimorfă din grupul experimental**

La finalizarea intervenției ameliorative, copiii cu dislalie monomorfă și polimorfă au înregistrat scoruri aproape asemănătoare, care prezintă lipsa de influență a diagnosticului dislaliei asupra capacităților interpersonale: relația cu mama – 8,41 pentru copiii cu TL monomorfă, 8,25 – cu TL polimorfă, relația cu tata – respectiv 8,93 și 8,97, cu părinții priviți ca și cuplu – 4,59 și 5,16, cu frații și surorile – 3,74 și 3,44, cu prietenii – 9,15 și 9,06, cu cadrele didactice – 4,96 și 4,66.

Aceste diferențe exprimă faptul că în cazul copiilor cu dislalie polimorfă educarea capacităților interpersonale de integrare socială decurge mai bine, decât formarea celor intrapersonale, lipsind o diferență statistic semnificativă între mediile calculate pentru ambele grupuri.

### **Diminuarea reticenței sociale și optimizarea deschiderii sociale la copiii cu tulburări de limbaj după intervenția ameliorativă**

La finalizarea intervenției ameliorative, comparativ cu etapa constatativă, s-au obținut rezultate pozitive și în ceea ce privește manifestările reticenței sociale la copiii cu TL din grupul experimental. Relațiile dintre părinți evoluează înspre relații de parteneriat “democratice”, părinții raportează diminuarea dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat și a reacției negative a mediului social imediat la TL a copilului, iar percepția copiilor de către cadrele didactice și statutul sociometric al lor în grupul de egali se îmbunătățesc (Fig. 3.9, Tabelul 3.8).



**Fig. 3.9. Manifestările test-retest ale reticenței sociale și statutul în grupul de egali ale copiilor din grupul experimental**

Pentru o analiză calitativă mai detaliată scorurile au fost analizate statistic test-retest cu utilizarea testului t-Student pentru eșantioane perechi.

Relațiile între părinți au întrunit scoruri care le caracterizează ca fiind mai democratice, înregistrându-se o diferență statistic semnificativă test-retest ( $p < 0,001$ ). Includerea unui părinte, a mamei, în PISC-TTL a influențat pozitiv relațiile în general în cadrul familiei, cât și între părinți, a modificat comunicarea între aceștia. Desigur că schimbările survenite la nivel de comportament al părinților au avut o influență pozitivă asupra capacităților intra- și interpersonale ale copilului cu TL, au condus la diminuarea reticenței sociale, deschiderea spre comunicare cu mediul imediat al semenilor și adulților.

**Tabelul 3.8. Statistici descriptive și diferențe semnificative statistic pentru manifestarea test-retest a reticenței sociale și statutului în grupul de egali a copiilor din grupul experimental**

Testul t Student pentru eșantioane perechi		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Relații între părinți	,35000	,63313	,08174	4,282	59	,000
Pair 2	Percepția părinților asupra copilului	-,55000	,72311	,09335	-5,892	59	,000
Pair 3	Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului	,51667	,59636	,07699	6,711	59	,000
Pair 4	Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la copil	,41667	,92593	,11954	3,486	59	,001
Pair 5	Percepția capacității de relaționare a copilului de către cadrul didactic	-,40000	,55845	,07210	-5,548	59	,000
Pair 6	Statutul sociometric/Situația în grupul de egali	-,63333	,58125	,07504	-8,440	59	,000

Diferă statistic și percepția test-retest a mamelor asupra copilului ( $p < 0,001$ ), mamele copiilor indicând frecvent la comportamentul pozitiv al copilului, lipsa unor manifestări indezirabile. Aprecierile oferite comportamentului copilului cu TL s-au schimbat și prin modificarea atitudinilor mamelor față de acesta, reevaluarea standardelor prin care erau date concluzii asupra comportamentului, dezvoltarea deprinderilor de acceptare necondiționată.

Evaluarea retest de către mame a dificultăților copilului de comunicare cu persoanele din mediul social imediat la fel diferă statistic semnificativ de cea din etapa de constatare ( $p < 0,001$ ), mamele copiilor indicând frecvent la probleme ușoare și foarte rar – la dificultăți. Este cel mai jos coeficient în ilustrarea reticenței sociale, prezentând o schimbare pozitivă evidentă. Schimbarea a avut loc atât la nivelul comportamentului de relaționare a copiilor, cât și în percepția conduitelor lor de către mame.

Potrivit opiniei mamelor, după intervenția ameliorativă s-a schimbat și reacția mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului, manifestându-se mai frecvent doar probleme ușoare sau medii ( $p = 0,002$ ). Și aici schimbarea s-a produs în capacitatea de deschidere

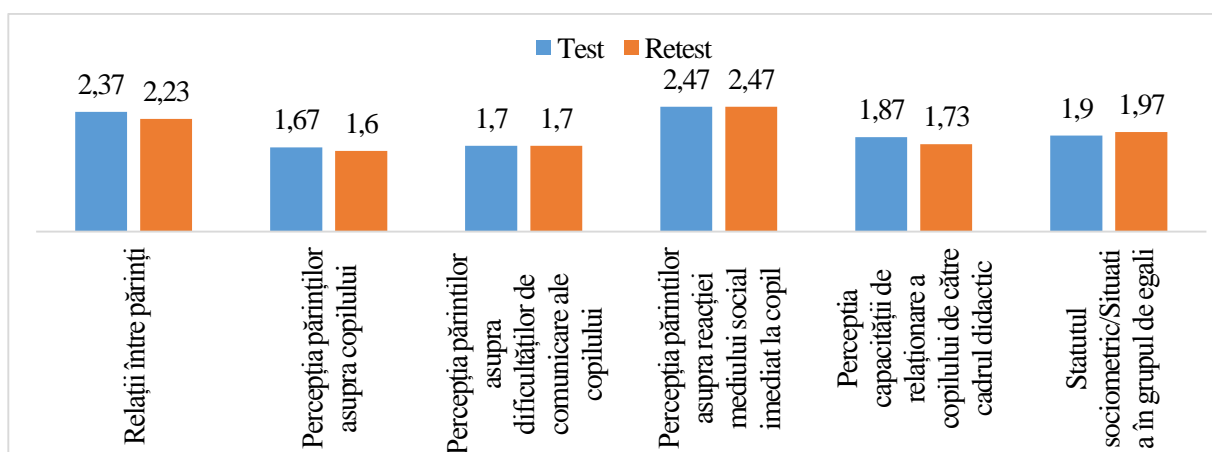
a copilului la ambianță, prin care s-a modificat reacția persoanelor la acesta, dar și în percepția mamelor, modificată în sensul oferirii de aprecieri mai pozitive copilului.

Au fost identificate diferențe statistic semnificative în măsurarea test-retest a percepției capacității de relaționare a copiilor de către cadrele didactice ( $p < 0,001$ ), aceasta îmbunătățindu-se și indicând la probleme ușoare, destul de rar – medii.

Cât privește statutul sociometric, copiii cu TL din grupul experimental în rezultatul parcurgerii PISC-TTL au prezentat în mai multe cazuri popularitate, întrunind mai multe alegeri. Și în acest caz am depistat o diferență semnificativă statistic între rezultatele test-retest ( $p < 0,001$ ).

Aceste rezultate ilustrează eficiența programelor care vizează participarea mediului social imediat la ședințe, seminare, traininguri consacrate subiectului susținerii efortului de integrare socială a copiilor cu TL.

Au fost calculate comparativ test-retest și datele privind reticența socială a copiilor din grupul de control I – cu TL, care au urmat TTL.



**Fig. 3.10. Manifestările test-retest ale reticenței sociale și statutul în grupul de egali ale copiilor din grupul de control I**

În măsurările test-retest efectuate în grupul de control I nu au fost depistate diferențe mari, acestea fiind realizate doar la nivel de persoane în parte. Am realizat pentru rigoare științifică și compararea statistică a mediilor cu testul t-Student pentru eșantioane perechi.

Relațiile între părinți s-au modificat nesemnificativ, înregistrându-se lipsa de diferență statistic semnificativă test-retest ( $p > 0,1$ ). Deși mamele, conform TTL, au participat la intervenția ameliorativă, îndeplinind sarcini cu copilul de corectare a tulburărilor de articulare a sunetelor, acest efort n-a prezentat vreo importanță pentru modificarea relațiilor în familie și între părinți. În asemenea condiții nu s-a diminuat reticența socială a copilului cu TL.

Nu diferă statistic și percepția test-retest a mamelor asupra copilului ( $p>0,5$ ), câteva cazuri de apreciere mai pozitivă a comportamentului copilului n-au schimbat situația generală, menținându-se atitudinea critică față de acesta.

**Tabelul 3.9. Statistici descriptive și diferențe semnificative pentru manifestarea test-retest a reticenței sociale și statutului în grupul de egali a copiilor din grupul de control I**

Testul t Student pentru eșantioane perechi		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Relații între părinți	,13333	,76947	,09934	1,342	59	,185
Pair 2	Percepția părinților asupra copilului	-,06667	,86095	,11115	-,600	59	,551
Pair 3	Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului	,00000	1,00844	,13019	,000	59	1,000
Pair 4	Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la copil	,00000	,68889	,08894	,000	59	1,000
Pair 5	Percepția capacității de relaționare a copilului de către cadrul didactic	-,03333	1,05713	,13647	-,244	59	,808
Pair 6	Statutul sociometric/Situația în grupul de egali	-,06667	,89947	,11612	-,574	59	,568

Evaluarea retest de către mame a dificultăților copilului de comunicare cu persoanele din mediul social imediat și a reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului n-a evoluat deloc, mamele copiilor indicând mai frecvent la probleme și ușoare și dificultăți.

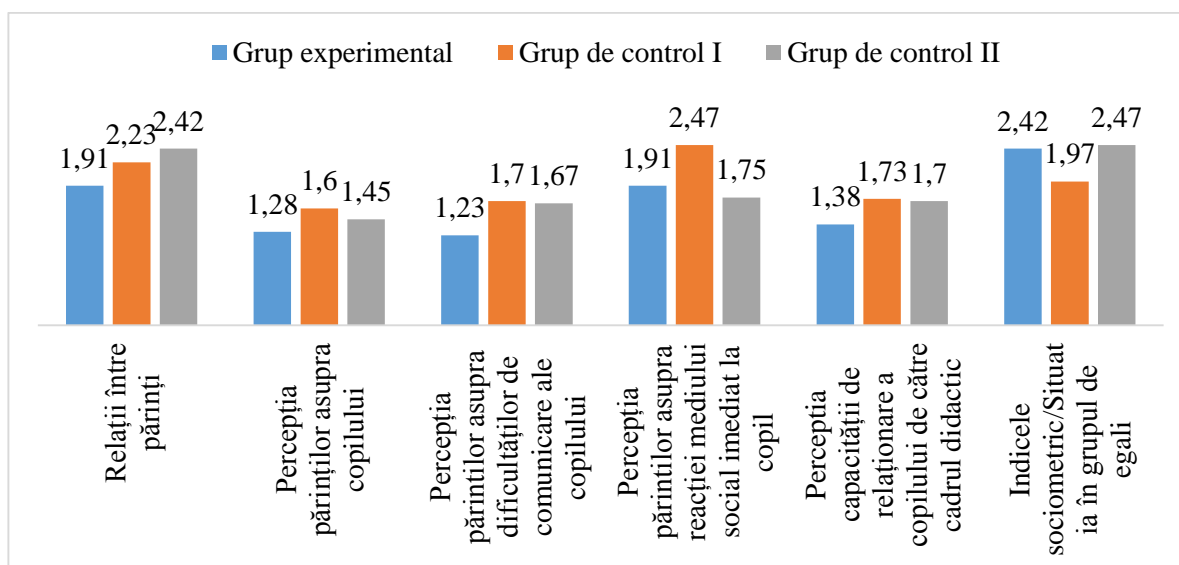
N-au fost identificate diferențe statistic semnificative în măsurarea test-retest a percepției capacităților de relaționare ale copiilor de către cadrele didactice ( $p>0,8$ ), doar în anumite cazuri au fost modificate aprecierile spre mai pozitiv.

N-au survenit schimbări nici în statutul sociometric al copiii cu TL din grupul de control I ( $p>0,5$ ), aceștia menținându-se la fel de frecvent pe poziții de marginalizați sau izolați.

Aceste rezultate ilustrează necesitatea introducerii în programele care vizează TTL a efortului părinților și cadrelor didactice.

Compararea retest a scorurilor pentru copiii din grupul experimental, de control I și II au ilustrat eficiența PISC-TTL pentru înlăturarea reticenței sociale și integrarea socială a copilului cu TL (Fig. 3.11, Tabelul 3.10). Prin compararea statistică s-a identificat că diminuarea reticenței sociale se datorează programelor speciale de integrare socială a copiilor cu TL, cum a fost în cazul cercetării de față PISC-TTL. Deși prin compararea statistică test-retest a datelor din grupul experimental și grupul de control II (al copiilor fără TL) s-au menținut diferențe statistic semnificative între mediile care ilustrează percepția mamelor asupra comportamentului ( $p<0,059$ ) și dificultăților de comunicare ale copilului ( $p<0,001$ ), care se datorează ameliorării considerabile

a aprecierilor mamelor date dezvoltării comunicabilității copiilor, și cadrelor didactice asupra capacității de relaționare a copilului ( $p < 0,001$ ), care au evaluat, fiind mai pozitive pentru copiii cu TL, mai critic față de cei fără TL, în celelalte măsurări ale reticenței sociale scorurile sunt asemănătoare. Mamele copiilor cu TL din grupul experimental au oferit evaluări mai pozitive comportamentului acestuia, diferențele de aprecierile copiilor fără TL nu sunt puternic semnificative ( $p = 0,059$ ). Nu prezintă diferențe semnificative aprecierea dată calității reacției mediului social imediat la copil de către mamele copiilor din grupul experimental și cele ale copiilor fără TL ( $p > 0,05$ ). În cadrul intervenției ameliorative s-a modificat statutul sociometric în clasa de elevi al copiilor din grupul experimental, aceștia fiind amplasați de colegi mai frecvent pe poziții de preferați, lucru care atestă diminuarea reticenței sociale a semenilor în raport cu copiii cu TL, considerând acest lucru ca o consecință a îmbunătățirii capacităților interpersonale în cadrul PISC-TTL.



**Fig. 3.11. Manifestările reticenței sociale și statutului în grupul de egali: compararea retest a scorurilor din grupurile experimental, de control I și II**

Compararea statistică retest dintre manifestarea reticenței sociale și statutul sociometric în mediul semenilor în grupul experimental și de control I a rezultat cu identificarea diferențelor statistice semnificative pentru toate variabilele măsurate, condiționate de lipsa de evoluție pozitivă în cazul copiilor cu TL care au urmat doar TTL.

Compararea mediilor din grupul de control I – copiii cu TL care au parcurs TTL, și grupul de control II – copii fără TL, a indicat la lipsa de diferențe semnificative pentru un șir de variabile. Însă acestea se datorează atât faptului că în măsurările de constatare nu au fost identificate diferențe în reticența socială, cât și menținerii unor evaluări similare pe parcursul intervenției ameliorative.



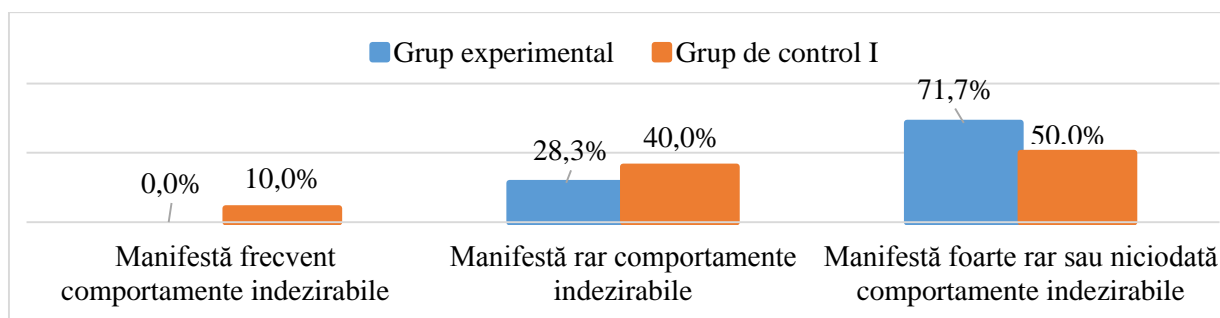
Informația prezentată în Tabelul 3.10 ilustrează eficiența PISC-TTL pentru reducerea reticenței sociale, care influențează integrarea socială a copiilor.

**Tabelul 3.10. Diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale a copiilor din grupurile experimental, de control I și II măsurate retest**

Testul t-Student pentru eșantioane independente	Grupuri experimental – de control I		Grupuri experimental – de control II		Grupuri de control I – de control II	
	t	Sig. (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)	t	Sig. (2-tailed)
Relații între părinți	-3,005	<b>,003</b>	-5,166	<b>,000</b>	-1,586	,115
Percepția părinților asupra copilului	3,033	<b>,003</b>	1,907	,059	-1,390	,167
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului	-4,124	<b>,000</b>	-4,293	<b>,000</b>	,265	,791
Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la copil	-5,343	<b>,000</b>	1,705	,091	7,293	<b>,000</b>
Percepția capacității de relaționare a copilului de către cadrul didactic	3,382	<b>,001</b>	3,291	<b>,001</b>	-,305	,761
Statutul sociometric/Situația în grupul de egali	3,767	<b>,000</b>	-,473	,637	-4,256	<b>,000</b>

Figurile de mai jos oferă o prezentare a diferențelor de integrare socială a copiilor cu TL din grupurile experimental și de control I, înainte și după frecventarea programului de intervenție ameliorativă: PISC-TTL pentru primul grup și TTL pentru al doilea.

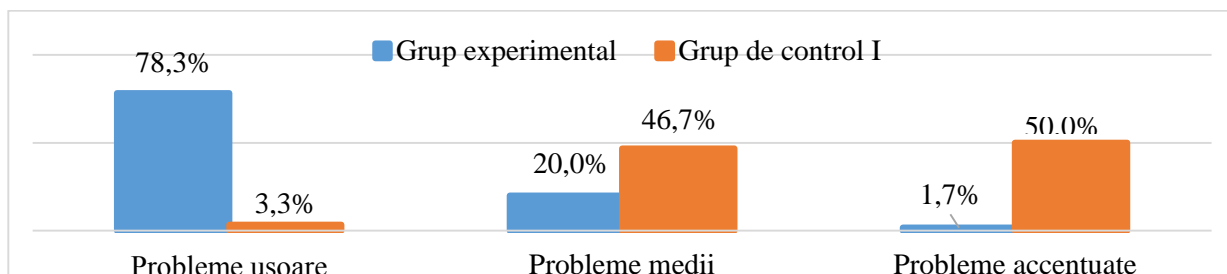
Astfel, se poate observa că, după intervenția ameliorativă, nici un copil din grupul experimental nu mai este apreciat că manifestând frecvent comportamente indezirabile iar 71,7% de mame apreciază copiii ca manifestând foarte rar comportamente indezirabile (Fig. 3.12).



**Fig. 3.12. Diferențe retest în percepția mamelor asupra comportamentului copiilor cu TL din grupul experimental și de control I**

Mai mult ca atât, percepția comportamentului copilului de către mame măsurată retest s-a schimbat în direcția pozitivului, denotând cote mult mai înalte decât în cazul mamelor copiilor din grupul de control I, care doar în jumătate de cazuri dau aprecieri foarte pozitive comportamentului copilului cu TL. Efectul participării mamelor la PISC-TTL s-a manifestat în dezvoltarea capacităților de toleranță și acceptare necondiționată a copilului.

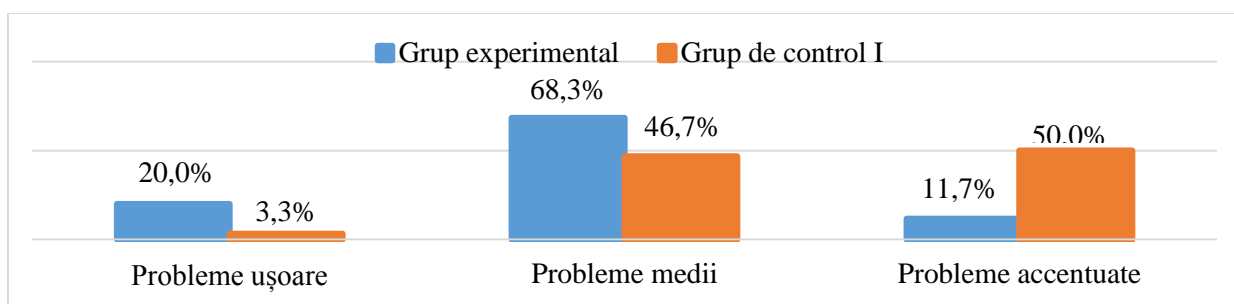
În Fig. 3.13 este ilustrată creșterea procentajului mamelor din grupul experimental, care își apreciază copiii ca având dificultăți ușoare de comunicare cu persoanele din mediul social imediat, și scăderea numărului celor își apreciază copiii ca având dificultăți accentuate de comunicare.



**Fig. 3.13. Diferențe retest în percepția mamelor asupra dificultăților de comunicare ale copiilor din grupul experimental și de control I cu persoanele din mediul imediat**

Desigur că în rezultatul PISC-TTL copiii și-au ameliorat condiția comunicării cu mediul social imediat. Dar aprecierile mamelor se datorează și altor schimbări, în primul rând celor de percepție a copilului și a dificultăților lui de comunicare, care a devenit mai îngăduitoare și cu mai multă cunoaștere a particularităților de relaționare cu alții ale copilului. Și în acest caz rezultatele sunt mai favorabile decât cele ale grupului de control I, în care a fost promovată doar TTL. Susținerea de către mamă a comportamentului de relaționare a copilului, aprecierile pozitive necondiționate, încurajările au condus la întărirea unor comportamente dezirabile și diminuarea reticenței sociale.

În Fig. 3.14 este prezentată percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copilului.



**Fig. 3.14. Diferențe retest în percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la dificultățile de comunicare ale copiilor din grupul experimental și de control I**

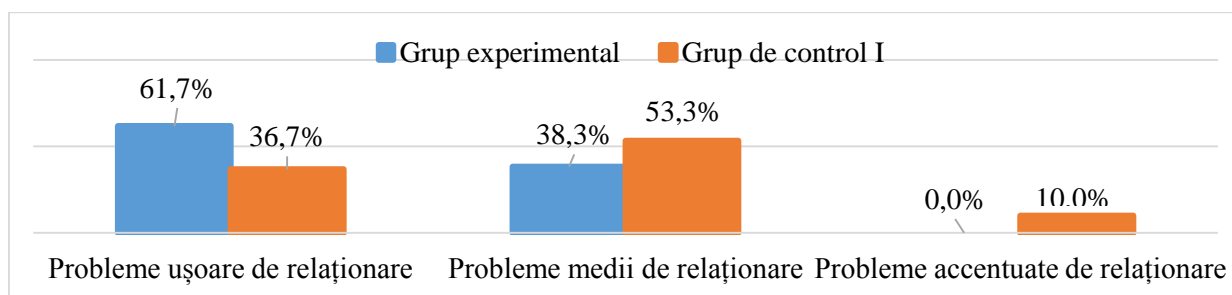
Se poate observa faptul că la finalul intervenției ameliorative procentajul mamelor din grupul experimental care apreciază că membrii mediului social imediat reacționează rar sau chiar foarte rar la eventualele dificultăți de comunicare ale copilului este cu mult mai mare decât cel care ilustrează opinia despre probleme accentuate în reacția mediului la comunicarea copilului. Mamele copiilor din grupul de control I apreciază 50% la 50% problema reticenței sociale a

mediului în raport cu copilul lor, adică consideră acest mediu reticent și critic față de dificultățile de comunicare ale copilului lor.

Și în acest caz am încercat o explicație. Desigur, parcurgerea de către copil a PISC-TTL a condus la ameliorarea capacităților lui intra- și interpersonale de integrare socială, care l-au poziționat mult mai eficient în mediul semenilor și adulților. Exercițiul permanent de comunicare, desfășurat în ședințe și în afara acestora cu participarea mamelor, a dezvoltat tipare eficiente de comportamente în relațiile cu alții. Mamele au perceput aceste schimbări. Însă nu numai adevăratele schimbări, dar și modificarea atitudinilor mamelor a influențat aprecierea mediului copilului ca fiind mai puțin reticent. Considerăm că aceste aprecieri vin din noile cunoștințe ale lor, dar și din sporirea încrederii în copil, în capacitățile lui.

Mamele copiilor din grupul de control I, care au beneficiat doar de instrucțiuni date la începutul și sfârșitul programului cu privire la TTL, au răspuns sau nu (în funcție de disponibilitatea lor) la indicația logopedului de a realiza exercițiile date și în afara ședințelor TTL, n-au însușit cunoștințele și atitudinile care le-ar fi permis o schimbare în percepția propriului copil și a comportamentului lui de comunicare.

În ceea ce privește percepția capacităților de relaționare ale copiilor cu TL din grupul experimental de către cadrele didactice (Fig. 3.15), se poate menționa că după PISC-TTL n-au fost oferite aprecieri ca având probleme accentuate de relaționare, iar procentajul celor care au perceput ca are probleme medii și ușoare de relaționare a crescut.



**Fig. 3.15. Diferențe retest în percepția capacităților de relaționare ale copiilor din grupul experimental și de control I de către cadrele didactice**

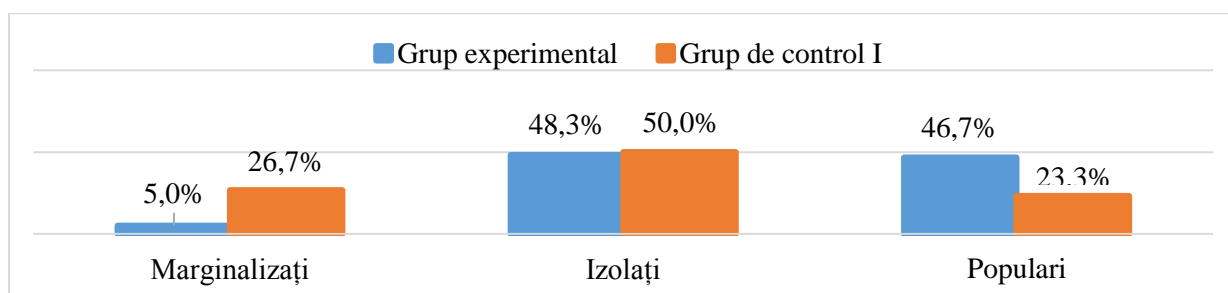
Totuși, solicitările cadrelor didactice față de acești copii sunt destul de înalte, reieșind din includerea lor în PISC-TTL, mai critice, așteptările – mai mari. Rezultatele acestui studiu au fost discutate ulterior cu cadrele didactice, care au remarcat că odată cu progresul înregistrat de copiii din grupul experimental în capacitățile intra- și interpersonale și în ameliorarea/corectarea TL, au încercat să evalueze cât mai critic capacitățile lor de relaționare. Ținem cont și de timpul relativ scurt al PISC-TTL, în care patternurile relaționale ale copiilor n-au reușit să se consolideze, sau au fost uneori puse-n aplicare irelevant. De exemplu, unul dintre copiii timizi, neîncrezători și cu

stimă de sine joasă, în încercarea de a da dovadă de asertivitate într-o situație mai conflictuală cu un coleg de clasă a manifestat agresivitate verbală. După discutarea cazului a mărturisit că a procedat așa, ”pentru a curma odată și pentru totdeauna atacurile din partea unor colegi”.

Mai mult ca atât, cadrele didactice apreciază retest mai înalt și capacitățile de relaționare ale copiilor cu TL din grupul de control. Această apreciere, deși subiectivă în mare măsură, se deosebește puțin de cea dată de cadrele didactice în experimentul de constatare.

Probabil este nevoie de o instruire și mai aprofundată a cadrelor didactice în scop de însușire a artei comunicării cu copiii, toleranței față de aceștia, de înțelegere și acceptare a diferențelor, de tratare individualizată a fiecărui copil. PISC-TTL a reușit să facă schimbări în convingerile și atitudinile cadrelor didactice, acestea urmând să se modifice calitativ în conformitate cu schimbările sociale și noile cerințe față de sistemul educațional.

După intervenția ameliorativă, poziția copiilor din grupul experimental în grupul de egali (statutul sociometric) s-a schimbat semnificativ (Fig. 3.16). Doar 5% (3) dintre copii mai mențin statutul de marginalizat, iar 46,7% (28) chiar au dobândit statutul de „popular”.



**Fig. 3.16. Diferențe retest de statut social în grupul de egali al copiilor din grupul experimental și de control I**

Copiii diferă foarte mult unul de altul în măsura în care sunt capabili să formeze prietenii și să obțină acceptarea semenilor, manifestată într-un anumit statut social în grupul școlar. Copiii cu capacități sociale bine dezvoltate, fiind plăcuți de toți sau de majoritatea colegilor, capătă ușor statutul de popular pentru capacitatea de a-și face prieteni, de a demonstra calități de lider într-o activitate artistică, sportivă sau de învățare, de a da dovadă de asertivitate, încredere în sine. Copiii timizi, rușinoși și liniștiți, care se implică puțin în activitățile școlare și extracurriculare, au puțini prieteni și ocupă o poziție oarecum izolată în grupul școlar. Uneori, nemulțumiți de modul în care se înțeleg cu ceilalți, și dorind să se simtă mai confortabil și să se implice mai mult în activitățile grupului de semeni, devin nerăbdători în situații sociale, fiind marginalizați, izolați de colegi. În cele mai multe cazuri copiii cu TL împărtășesc aceste ultime poziții în grupul de semeni. PISC-TTL, prin realizarea scopului de dezvoltare a capacităților sociale, a condus la reducerea timidității și/sau agresivității provocată de situația de marginalizare și izolare în grupul școlar, a schimbat

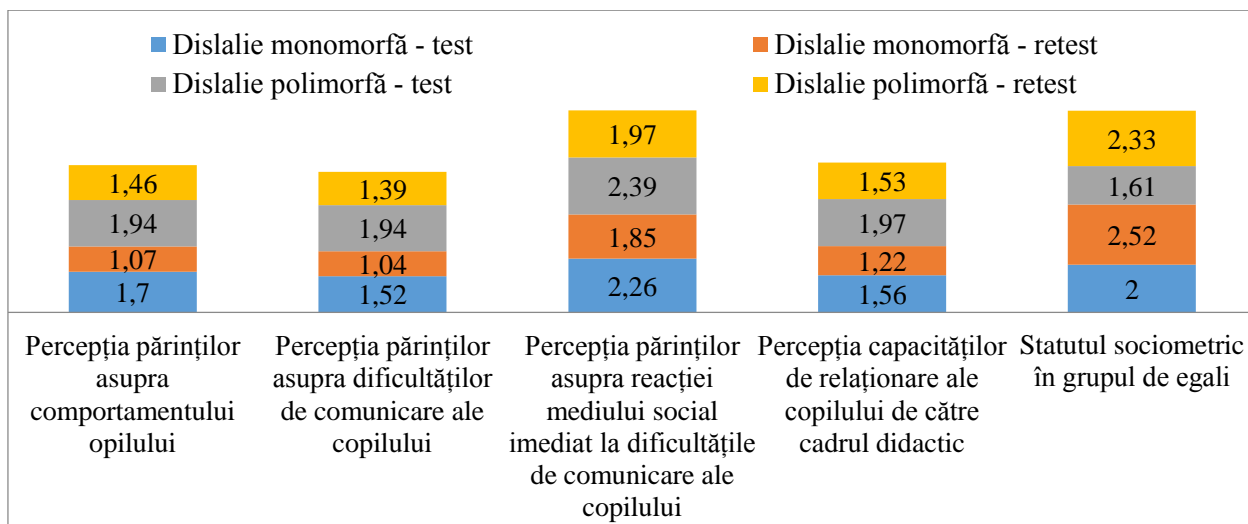
stima de sine și autoacceptarea copiilor cu TL, în rezultat contribuind la reducerea sau chiar înlăturarea reticenței sociale a colegilor de clasă și la modificare de statut în grupul de egali.

În grupul de control I după intervenția ameliorativă poziția copiilor în grupul de egali (statutul sociometric) nu s-a schimbat, 26,7% (16) dintre copii mențin statutul de marginalizat, 50% (30 de copii) – de izolat, și doar 23,3% (14) – de popular. Marginalizarea și izolarea acestor copii este condiționată de manifestările lor oarecum diferite față de cele ale majorității, nu doar de TL, ci și de comportamentul incomod pentru grup.

Trebuie precizat că diferențele test-retest în manifestarea reticenței sociale în grupul experimental, semnalate mai sus, se nuanțează și după forma dislaliei. În fig. 2.17 sunt ilustrate datele test-retest pentru ambele grupuri de copii, incluși în PISC-TTL. La o simplă examinare observăm că mamele copiilor cu dislalie monomorfă oferă aprecieri mai înalte în măsurarea retest pentru toate variabilele: percepția comportamentului copilului (mediile 1,07 față de 1,46) indică la frecvența mai înaltă a aprecierilor pozitive ale comportamentului), percepția asupra comunicării cu mediul social imediat (1,04 – prezența unor probleme ușoare, față de 1,39 – ușoare și medii), percepția asupra reacției mediului la dificultățile de comunicare ale copilului (1,85 față de 1,97), o situație de similaritate relativă, doar că în cazul mamelor copiilor cu dislalie polimorfă se atestă mai frecvent menționarea problemelor medii și, uneori, chiar accentuate.

Percepția capacităților de relaționare ale copiilor de către cadrele didactice denotă o apreciere mai pozitivă a copiilor cu dislalie monomorfă (1,22 față de 1,53), sporind și cea dată copiilor cu TL polimorfă, probabil în raport cu efortul crescut depus de acești copii în TTL și dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială. Totodată, menționăm că aportul cadrelor didactice în PISC-TTL a constat din încurajarea comunicării copiilor cu TL. Abordarea copiilor cu dislalie polimorfă a fost chiar mai complexă, iar în anumite condiții, marcată de creativitatea cadrelor didactice în diferențierea activităților și sarcinilor pentru acești elevi. În timpul discutării și evaluării PISC-TTL cadrele didactice și-au împărtășit experiențele, povestind despre metodele utilizate în instruirea copiilor cu TL: jocuri de rol și jocuri didactice, învățarea limbajului de negociere și comunicare, de rezolvare a problemelor sociale, analiza situațiilor sociale, folosirea în scop de încurajare a expunerii jucăria-prieten, cărțile cu imagini, fotografiile obiectelor familiare, dar ce e mai important – practicarea încurajărilor și a recompenselor.

S-au înregistrat schimbări și în statutul sociometric al copiilor cu cele două tipuri de dislalie, ambele grupuri avansând în cadrul clasei de elevi, fără ca să se ateste vreo diferență mare (2,52 pentru copiii cu dislalie monomorfă față de 2,33 pentru cei cu dislalie polimorfă).



**Fig. 3.17. Diferențe retest în manifestarea reticenței sociale de către copii cu dislalie mono- și polimorfă din grupul experimental**

Analiza statistică a evidențiat puține diferențe semnificative între variabilele care măsoară reticența socială pentru copiii cu dislalie mono- și polimorfă din grupul experimental în cadrul calculului retest (Tabelul 3.11).

**Tabelul 3.11. Diferențe semnificative statistic pentru manifestarea reticenței sociale a copiilor cu dislalie monomorfă și polimorfă din grupul experimental**

Testul t-Student pentru eșantioane independente	Grupuri experimental – dislalie mono- și polimorfă	
	t	Sig. (2-tailed)
Percepția părinților asupra copilului	3,525	<b>,001</b>
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului	-3,181	<b>,002</b>
Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la copil	-,807	,423
Percepția capacității de relaționare a copilului de către cadrul didactic	2,393	<b>,020</b>
Statutul sociometric/Situația în grupul de egali	1,213	,230

La finalizarea PISC-TTL, copiii cu dislalie monomorfă și polimorfă au înregistrat scoruri aproape asemănătoare, care prezintă lipsa de influență a diagnosticului dislaliei asupra capacităților interpersonale: percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la copil ( $p < 0,4$ ) și statutul sociometric ( $p < 0,2$ ). Diferențe statistic semnificative s-au păstrat în percepția părinților asupra copilului ( $p < 0,01$ ), asupra dificultăților de comunicare ale copilului ( $p < 0,01$ ) și percepția capacității de relaționare a copilului de către cadrul didactic ( $p = 0,02$ ).

Aceste diferențe exprimă faptul că în cazul copiilor cu dislalie monomorfă înlăturarea reticenței sociale decurge mai bine, decât în cel al copiilor cu dislalie polimorfă.

Eficiența programului PISC-TTL s-a exprimat în realizarea progresului în ambele grupuri de copii – cu dislalie mono- și polimorfă.

Experiența de mai mulți ani de activitate logopedică ne-a demonstrat că TL influențează dezvoltarea personalității și condiționează un context specific al integrării sociale, marcat de

dezadaptare în mediul imediat, dificultăți de învățare, de control și autocontrol, autoapreciere și stimă de sine, alte particularități cognitiv-sociale și comportamentale care pulsionează reticența socială și izolarea în grupul de semeni. Iată de ce intervenția complexă – de integrare socială și de TTL, aplicată copiilor încă în preșcolaritate, rezolvă un șir de probleme, contribuind la profilaxia și chiar înlăturarea tulburărilor de ordin emoțional-comportamental și dezvoltând acele capacități intra- și interpersonale care-i asigură copilului condiții pentru integrare socială.

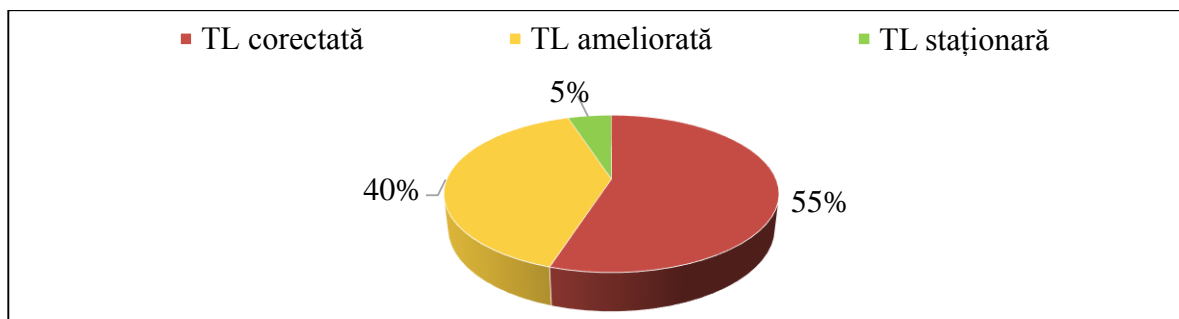
### **3.3. Rolul PISC-TTL în optimizarea nivelului general de dezvoltare a copiilor cu tulburări de limbaj în debutul școlarității**

Programul PISC-TTL a promovat ideea efortului conjugat al specialiștilor cu țintă asupra celor două perspective de dezvoltare armonioasă a copilului – optimizarea interacțiunilor sociale prin dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale și terapia dislaliei în cabinetul specialistului, continuată prin integrarea exercițiilor de tip joc în activitățile curente din mediul școlar, care presupun interacțiuni cu egalii, cât și în mediul familial – important pentru echilibrul psihosocial, psihoafectiv și relațional al lui. A fost urmărit scopul general de optimizare a nivelului de dezvoltare a copilului cu tulburări de limbaj pentru realizarea eficienței a debutului școlarității.

În paragraful de față prezentăm atât rezultatele TTL, cât și cele ale programului de dezvoltare a capacităților intra- și interpersonale, relevând intercondiționarea acestora. Prin rezultatele cercetării de față se solicită reevaluarea programelor de TTL în sensul implementării activităților cu conținut psihosocial.

#### **Relația dintre dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială cu rezultatele TTL**

Sub aspectul rezultatelor TTL, realizate în grupul experimental încadrat în PISC-TTL, programul a produs trei categorii de efecte: a) corectare a TL, b) ameliorare, c) staționare. Prezentăm rezultatele TTL pentru grupul experimental în Fig. 3.19.



**Fig. 3.18. Distribuția rezultatelor logopedice în grupul experimental la finalizarea PISC-TTL**

În rezultatul PISC-TTL 33 de copii (55%) au corectat TL, 24 (40%) – au ameliorat-o, iar 3 (5%) n-au realizat schimbări, au staționat.

Rezultatele TTL s-au diferențiat în funcție de forma dislaliei. Diagnosticul logopedic a fost corectat în cazul a 77,78% (21) din copiii cu dislalie monomorfă, 36,36% (12) – polimorfă. Acest diagnostic s-a ameliorat în cazul a 18,52% (5) din copiii cu dislalie monomorfă, 57,58% (19) – polimorfă. Fără de schimbări (staționar) au rămas 3,70% (1 copil) – cu dislalie monomorfă, și 6,06% (2) – cu dislalie polimorfă. În vederea studierii semnificației statistice a incidenței efectelor TTL în cadrul subploturilor diferențiate în funcție de forma dislaliei mono- și polimorfă a fost utilizat testul de comparare statistică, fiind înregistrată o diferență semnificativă statistic ( $p = 0,005$ ).

Conform ipotezei despre raportul direct între TL și dificultățile de integrare socială a copiilor, am verificat cum se diferențiază rezultatele în cea ce privește capacitățile intra- și interpersonale de integrare socială în raport cu cele trei rezultate ale TTL. Diferențele au fost stabilite prin compararea mediilor scorurilor obținute la etapa de control de către copiii cu TL din grupul experimental în funcție de situația TL - staționară, ameliorată sau corectată. Procedura statistică utilizată a fost analiza de varianță (ANOVA One-Way), luând ca variabilă independentă diagnosticul logopedic.

Testul ANOVA a relevat o diferență globală semnificativă ( $F =$  de la 4,95 la 23,68,  $p$  de la  $0,010$  la  $< 0,001$ ) între situația de staționar și corectat, ameliorat, și între situația de ameliorat și corectat (Tabelul 3.12, Anexa 13).

La copiii cu TL corectată ( $N=33$ ), comparativ cu copii cu TL ameliorată ( $N=24$ ) și cu copii cu situația staționară ( $N=3$ ), se observă scoruri mai mari pentru capacitățile intrapersonale: toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, stima de sine, autoeficacitatea și comunicabilitatea.

Nu s-au înregistrat diferențe semnificative statistic între copii cu TL ameliorate/staționare și copii cu TL corectate în ceea ce privește vârsta psihologică a limbajului, egocentrismul, reacția la frustrare, agresivitatea și tendința spre singurătate ( $p>0,1$ ).

În ceea ce privește capacitățile interpersonale și manifestările reticenței sociale, la copii cu TL corectată ( $N=33$ ) comparativ cu copii cu TL ameliorată ( $N=24$ ) și cu copii cu TL staționară ( $N=3$ ) se observă scoruri mai mari în percepția copilului de către părinți și statutul sociometric în grupul de semeni. A fost identificată o singură diferență semnificativă statistic – pentru relația cu cadrele didactice ( $p=0,03$ ). Nu s-au înregistrat diferențe semnificative statistic între copii cu TL ameliorată și copii cu TL corectată în ceea ce privește relația cu tatăl, relația cu părinții priviți ca un cuplu, relația cu frații și surorile, relația cu prietenii, percepția copilului de către cadrul didactic (Anexa 13, Tabelele A13.1-4 ). Acest rezultat atrage atenția asupra necesității includerii în PISC-



TTL a unor consultații la nivelul părinților în sensul sensibilizării lor la eforturile copiilor, indiferent de rezultatele imediate ale programelor de intervenție ameliorativă. Schimbările semnificative statistic înregistrate pentru relația cu cadrele didactice solicită reevaluarea competențelor de organizare a educației integrate și realizarea unor programe cu destinația educației psiho-socio-emoționale a copiilor.

**Tabelul 3.12. Statistici descriptive și analiza de varianță (ANOVA One-Way) a scorurilor capacităților intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL în funcție de rezultatele**

**TTL**

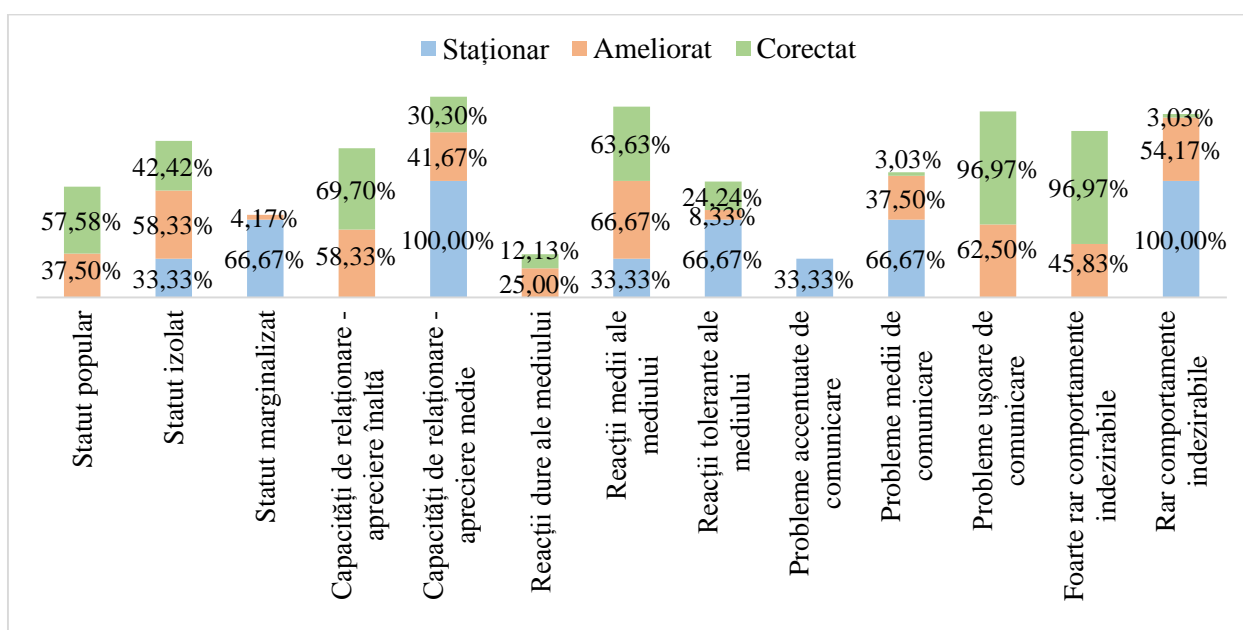
Copii cu TL - evaluare finală		Nr	Meen	Std. Deviation	Std. Error Difference	One-Way ANOVA
Toleranța la frustrare	staționar	3	2,67	1,155	,667	F=4,94, df=2,57 p = 0,01
	ameliorat	24	3,33	,702	,143	
	corectat	33	3,76	,663	,115	
	Total	60	3,53	,747	,096	
Stabilitatea emoțională	staționar	3	1,33	,577	,333	F=23,68, df=2,57 p <0,001
	ameliorat	24	2,83	,702	,143	
	corectat	33	3,82	,769	,134	
	Total	60	3,30	,979	,126	
Stima de sine	staționar	3	2,61	,347	,200	F=4,68, df=2,57 p = 0,001
	ameliorat	24	2,85	,472	,096	
	corectat	33	3,27	,651	,113	
	Total	60	3,07	,611	,079	
Autoeficacitatea	staționar	3	2,60	,200	,115	F=8,50, df=2,57 p = 0,001
	ameliorat	24	2,64	,164	,033	
	corectat	33	2,87	,251	,044	
	Total	60	2,77	,244	,032	
Comunicabilitate - tendința spre relații cu grupul de copii	staționar	3	3,00	1,000	,577	F =6,88, df=2,57 p = 0,002
	ameliorat	24	4,58	,717	,146	
	corectat	33	4,88	,927	,161	
	Total	60	4,67	,933	,120	

Rezultatele comparării statistice, ilustrate în Tabelul 3.13, demonstrează diferențe între manifestarea reticenței în percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat și asupra reacției mediului la TL a copilului și privind statutul în grupul de egali în raport cu rezultatele TTL. Rezultatele TTL – situație corectată, ameliorată sau stagnată – influențează reticența socială: percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat, percepția părinților asupra reacției mediului la TL a copilului, și statutul sociometric în grupul de egali, mediile fiind în crește în funcție de calitatea schimbării.

**Tabelul 3.13. Statistici descriptive și analiza de varianță (ANOVA One-Way) a scorurilor manifestărilor reticenței sociale a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL**

Copii cu TL - evaluare finală		Nr	Meen	Std. Deviation	Std. Error Difference	One-Way ANOVA
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat	staționar	3	2,33	,577	,333	F =21,47, df=2,57 p <0,001
	ameliorat	24	1,38	,495	,101	
	corectat	33	1,03	,174	,030	
	Total	60	1,23	,465	,060	
Percepția părinților asupra reacției mediului la TL a copilului	staționar	3	1,33	,577	,333	F =3,53, df=2,57, p = 0,04
	ameliorat	24	2,17	,565	,115	
	corectat	33	1,88	,600	,104	
	Total	60	1,97	,610	,079	
Statut sociometric/Situație în grupul de egali	staționar	3	1,33	,577	,333	F =8,02, df=2,57, p = 0,001
	ameliorat	24	2,33	,565	,115	
	corectat	33	2,58	,502	,087	
	Total	60	2,42	,591	,076	

În Fig. 3.19 sunt prezentate diferențele de integrare socială a copiilor cu TL în funcție de situația corectării TL.



**Fig. 3.19. Diferențele de reticență socială și statut în grupul de egali în funcție de rezultatele TTL**

Eficiența PISC-TTL se atestă în scăderea scorurilor care ilustrează reticența socială și sporirea celor care indică la statutul în grupul de egali al copiilor. De exemplu, pentru aprecierea comportamentului copiilor mamele celor cu diagnostic staționar nu indică niciodată la manifestarea foarte rară a comportamentelor indezirabile, la menținerea doar a unor probleme ușoare în comunicarea cu alții. Copiii cu diagnostic staționar n-au realizat statutul de popular în grupul de egali și n-au primit aprecieri înalte ale capacităților de interrelaționare de la cadrele didactice.

Pentru generalizare, în Tabelul 3.14 prezentăm variabilele, ale căror scoruri după PISC-TTL au fost mai înalte la copiii cu TL corectată, și cele care au înregistrat rezultate similare în toate trei grupe – cu TL corectată / ameliorată / staționară.

**Tabelul 3.14. Tablou comparativ privind capacitățile intra- și interpersonale distribuite conform situației TL – corectată, ameliorată, staționară**

Capacități caracterizate de scoruri mai mari la copiii cu TL corectată, comparativ cu cei cu TL ameliorată / staționară	Capacități caracterizate de scoruri similare la copiii cu TL corectată / ameliorată / staționară
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilitatea emoțională</li> <li>• Stima de sine</li> <li>• Autoeficacitatea</li> <li>• Comunicabilitatea/tendința spre relații cu grupul de copii</li> <li>• Relația cu cadrele didactice</li> <li>• Percepția copilului de către părinți</li> <li>• Statutul sociometric/Situația în grupul de egali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vârsta psihologică a limbajului</li> <li>• Egocentrism</li> <li>• Toleranța la frustrare</li> <li>• Stări conflictuale/agresivitate</li> <li>• Izolare/tendință spre singurătate</li> <li>• Relația cu mama</li> <li>• Relația cu tatăl</li> <li>• Relația cu părinții priviți ca un cuplu</li> <li>• Relația cu frații și surorile</li> <li>• Relația cu prietenii</li> <li>• Relații între părinți</li> <li>• Percepția copilului de către învățătoare</li> </ul>

Se constată că variabilele asociate pozitiv cu integrarea socială – capacitățile intrapersonale: stabilitatea emoțională, stima de sine, autoeficacitatea, capacitățile interpersonale: comunicabilitatea/tendința spre relații cu grupul de copii, relația cu cadrele didactice; diminuarea reticenței sociale în percepția copilului de către părinți și statutul sociometric/situația în grupul de egali, n-au înregistrat scoruri la fel de mari în cazul copiilor cu TL ameliorată/staționată, precum în cel al copiilor cu TL corectată. Această constatare ilustrează și asocierea pozitivă a acestor variabile cu rezultatele TTL.

Compararea retest a rezultatelor TTL în grupul experimental și grupul de control I a ilustrat o diferență statistic semnificativă ( $p < 0,001$ ). În finalul programului de TTL, care n-a inclus și efortul de ameliorare pozitivă a capacităților de integrare sociale, s-au înregistrat rezultate mai modeste: au corectat TL 19 copii (31,67%) din grupul de control I față de 55% din grupul experimental, situație ameliorată atestă 34 (56,67%) față de 40%, iar staționară – 7 (11,67%) față de 5%. Rezultatele atestă interdependența dintre TL și capacitățile de integrare sociale ale copiilor cu TL aflați în debutul școlarității. Menționăm că TTL a continuat după intervenția ameliorativă experimentală cu copiii cu diagnostic TL doar ameliorat sau staționar.

#### **Diferențierea rezultatelor PISC-TTL în funcție de forma dislaliei și genul copiilor din grupul experimental**

Schimbările pozitive înregistrate la finalul PISC-TTL se diferențiază și în funcție de forma dislaliei. Am sintetizat rezultatele în Tabelul 3.15, Anexa 14, Tabelul A14.1-2. Deși au fost

constatate diferențe față de rezultatele copiilor cu dislalie monomorfă, totuși schimbările la nivelul capacităților intra- și interpersonale, cât și logopedic în grupul copiilor cu dislalie polimorfă au avut un caracter pozitiv. Astfel, o parte din variabilele asociate pozitiv cu integrarea socială se dezvoltă mai puțin în cazul copiilor cu dislalie polimorfă: capacități intrapersonale – toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, stima de sine, interpersonale – relația cu cadrele didactice, manifestările de reticență socială în percepția copilului de către părinți și de cadrul didactic. Se ameliorează mai puțin modalitatea de reacție la frustrare și situația de izolare, tendința spre singurătate. Totuși, prevalează schimbarea pozitivă, forma dislaliei nu influențează dezvoltarea celor mai multe dintre capacitățile intra- și interpersonale asociate pozitiv cu integrarea socială sau diminuarea celor asociate negativ și creșterea statutului sociometric în grupul de egali.

Această analiză ilustrează necesitatea unui efort suplimentar în intervenția ameliorativă cu copiii cu dislalie polimorfă în sensul măririi perioadei de desfășurare a PISC-TTL, cât și în implicarea mai intensă a cadrelor didactice și a părinților.

**Tabelul 3.15. Diferențe retest între scorurile medii ale capacităților intra- și interpersonale ale copiilor cu TL din grupul experimental, în funcție de forma dislaliei (monomorfă (27 copii) și polimorfă (33 copii))**

Scoruri mai mici la copiii cu dislalie polimorfă, comparativ cu cei cu dislalie monomorfă	Scoruri mai mari la copiii cu dislalie polimorfă, comparativ cu cei cu dislalie monomorfă	Scoruri fără diferențe la copiii cu dislalie polimorfă, comparativ cu cei cu dislalie monomorfă
<p><b>Calități asociate pozitiv cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vârsta psihologică a limbajului</li> <li>• Toleranța la frustrare</li> <li>• Stabilitatea emoțională</li> <li>• Stima de sine</li> <li>• Relația cu cadrele didactice</li> <li>• Percepția copilului de către părinți</li> <li>• Percepția copilului de către cadrul didactic</li> </ul>	<p><b>Calități asociate negativ cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacția la frustrare</li> <li>• Izolarea, tendința spre singurătate</li> </ul>	<p><b>Calități asociate pozitiv cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoeficacitatea</li> <li>• Comunicabilitatea/tendința spre relații cu grupul de copii</li> <li>• Relația cu mama</li> <li>• Relația cu tatăl</li> <li>• Relația cu părinții priviți ca un cuplu</li> <li>• Relația cu frații și surorile</li> <li>• Relația cu prietenii</li> <li>• Relații între părinți</li> <li>• Statutul sociometric/Situația în grupul de egali</li> </ul> <p><b>Calități asociate negativ cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egocentrismul</li> <li>• Stările conflictuale/agresivitate</li> </ul>

În Tabelul 3.16 a fost sintetizată informația cu privire la modificarea-staționarea scorurilor medii test-retest ale capacităților intra- și interpersonale, manifestarea reticenței sociale, în funcție

de forma dislaliei mono- și polimorfă a copiilor din grupul experimental – participanți la PISC-TTL.

**Tabelul 3.16. Diferențe statistic semnificative test-retest între scorurile medii ale capacităților intra- și interpersonale, reticența socială la copiii din grupul experimental în funcție de forma dislaliei (monomorfă și polimorfă)**

Scoruri mai mari în compararea test-retest		Scoruri mai mici în compararea test-retest		Scoruri fără diferență în compararea test-retest	
TL monomorfă	TL polimorfă	TL monomorfă	TL polimorfă	TL monomorfă	TL polimorfă
Vârsta psihologică a limbajului	Toleranță la frustrare	Tendință spre conflict/agresivitate	Tendință spre conflict/agresivitate	Egocentrism	Vârsta psihologică a limbajului
Toleranță la frustrare	Stabilitate emoțională	Reacție la frustrare	Reacție la frustrare	Stimă de sine	Stimă de sine
Stabilitate emoțională	Comunicabilitate	Tendință spre izolare și singurătate	Percepția părinților (reticență socială)	Relație cu părinții priviți ca și cuplu	Egocentrism
Autoeficacitate	Relație cu mama	Percepția părinților (reticență socială)	asupra comportamentului copilului, percepția cadrelor didactice		Stimă de sine
Comunicabilitate	Relație cu tata	asupra comportamentului copilului, asupra dificultăților de comunicare cu alți copii, a reacției mediului social	asupra capacității de relaționare a copilului.		Autoeficacitate
Relație cu mama	Relație cu părinții priviți ca și cuplu	imediat la copil, percepția cadrelor didactice asupra capacității de relaționare a copilului			Tendință spre izolare și singurătate
Relație cu tata	Relație cu frații și surorile				
Relație cu frații și surorile	Relație cu prietenii				
Relație cu prietenii	Relație cu cadrele didactice				
Relație cu cadrele didactice	Percepția părinților (reticență socială)				
Statut sociometric în grupul de egali	asupra dificultăților de comunicare cu alți copii, a reacției mediului social imediat la copil.				

Programul de intervenție ameliorativă a influențat în sens de sporire a capacităților intra- și interpersonale, și de diminuare a reticenței sociale, indiferent de forma dislaliei, un șir de variabile asociale cu integrarea socială: toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, comunicabilitatea, relația cu mama, relația cu tata, relația cu frații și surorile, relația cu prietenii, relația cu cadrele didactice, statutul sociometric în grupul de egali. În grupul copiilor cu dislalie monomorfă s-au modificat pozitiv și vârsta psihologică a limbajului, autoeficacitatea, care nu s-au schimbat în cazul celor cu TL polimorfă.

PISC-TTL a contribuit diferit și asupra unor variabile asociale negativ cu integrarea socială, care s-au diminuat în cazul ambelor categorii de copii – tendința spre conflict/agresivitatea, reacția la frustrare, s-au ameliorat doar pentru copiii cu TL monomorfă – tendința spre izolare/singurătate, diminuarea reticenței sociale: a percepției părinților asupra comportamentului copilului, asupra dificultăților de comunicare cu alți copii, asupra reacției mediului social imediat la copil, percepției cadrelor didactice asupra capacității de relaționare a copilului. În cazul copiilor cu dislalie polimorfă sporește reticența socială - percepția părinților,

asupra dificultăților de comunicare cu alți copii, asupra reacției mediului social imediat la copil, scade – percepția părinților asupra comportamentului copilului, percepția cadrelor didactice asupra capacității de relaționare a copilului. Fără schimbare au fost identificate prin măsurarea test-retest pentru ambele grupuri de copii variabilele egocentrism și stimă de sine.

Compararea retest a rezultatelor înregistrate de copiii din grupul experimental în funcție de apartenența la gen (Anexa 15, Tabelul A15.1-2) a identificat diferențe doar pentru relația cu cadrele didactice ( $p=0,27$ ), unde băieții au acumulat scoruri mai înalte decât fetele.

### **Impactul PISC-TTL asupra integrării sociale a copilului cu TL**

Rezultatele prezentate în continuare (Tabelul 3.17) ilustrează eficiența PISC-TTL.

**Tabelul 3.17. Diferențe test-retest dintre scorurile medii asociate capacităților intra- și interpersonale ale copiii cu TL din grupul experimental**

<b>Scoruri retest mai mari (N=60)</b>	<b>Scoruri retest mai mici (N=60)</b>	<b>Scoruri fără diferențe semnificative retest (N=60)</b>
<p><b>Variabile intrapersonale asociate pozitiv cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vârsta psihologică a limbajului</li> <li>• Toleranța la frustrare</li> <li>• Stabilitatea emoțională</li> <li>• Autoeficacitatea</li> <li>• Comunicabilitatea/tendința spre relații cu grupul de copii</li> </ul> <p><b>Variabile interpersonale asociate pozitiv cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relația cu mama</li> <li>• Relația cu tatăl</li> <li>• Relația cu părinții priviți ca și cuplu</li> <li>• Relația cu frații și surorile</li> <li>• Relația cu prietenii</li> <li>• Relația cu cadrele didactice</li> </ul> <p><b>Variabilă sporirea cărei ilustrează diminuarea reticenței sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Statutul sociometric/Situația în grupul de egali</li> </ul>	<p><b>Variabile intrapersonale asociate negativ cu integrarea socială</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stări conflictuale/ agresivitate</li> <li>• Reacția la frustrare</li> <li>• Izolarea/tendința spre singurătate</li> </ul> <p><b>Variabile diminuarea căror ilustrează diminuarea reticenței sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepția părinților asupra comportamentului copiilor</li> <li>• Percepția părinților asupra capacităților copilului de comunicare cu semenii</li> <li>• Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la copil</li> <li>• Percepția capacităților de relaționare ale copilului de către cadre didactice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egocentrism</li> <li>• Stimă de sine</li> </ul>

PISC-TTL a produs optimizări semnificative la nivelul capacităților intra- și interpersonale asociate pozitiv cu integrarea socială (vârsta psihologică a limbajului, toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, autoeficacitatea și comunicabilitatea, relațiile cu persoanele din mediul social imediat – mama, tata, părinții priviți ca și cuplu, frații și surorile, prietenii, cadrele didactice, sporirea statutului sociometric în grupul de egali. S-au pozitivizat variabilele care ilustrează reticența socială la copil: au fost oferite aprecieri mai pozitive comportamentului copilului, capacității lui de a comunica cu semenii și percepției copilului de către persoanele din mediul

imediat de către mame, percepția asupra capacităților de interrelaționare a cadrelor didactice. S-a atestat diminuarea/reducerea variabilelor asociate negativ cu integrarea socială: conflictualitatea/agresivitatea, reacția la frustrare și tendința spre izolare și singurătate. Nu s-au modificat scorurile pentru egocentrism și stimă de sine. Se constată că majoritatea capacităților intra- și interpersonale de integrare socială, și manifestărilor de reticență socială au suportat o influență ameliorativă a PISC-TTL, astfel confirmând eficiența programului și, mai ales, includerea în acesta nu doar a copiilor din grupul experimental, dar și a membrilor mediului social imediat – părinți (mame), pedagogi, semenii – colegi de clasă.

### **Contribuția PISC-TTL la egalizarea nivelelor de dezvoltare a capacităților intra- / interpersonale de integrare socială și a reticenței sociale la copii cu și fără TL**

Rezultatele implementării PISC-TTL ilustrează atât creșterea capacităților intra- și interpersonale ale copiilor cu TL în perioada parcursă de la etapa de constatare la cea de control, cât și o apropiere a scorurilor acestora de cele identificate la copiii fără TL. Așa cum este ilustrat în Tabelul 3.18, în măsurările test-retest parametrii de funcționare psihosocială a copiilor cu TL din grupul experimental se apropie sau chiar se egalizează cu cei ai copiilor fără TL.

**Tabelul 3.18. Dinamica test-retest a diferențelor dintre copiii cu TL din grupul experimental și copiii fără TL din grupul de control II**

<b>Diferențe semnificative statistic între copii cu și fără TL în etapa de constatare</b>	<b>Diferențe semnificative statistic între copii cu și fără TL în etapa de control</b>
Vârsta psihologică a limbajului	Vârsta psihologică a limbajului
Toleranța la frustrare	
Stabilitatea emoțională	Stabilitatea emoțională
Autoeficacitatea	
Comunicabilitate - relații cu grupul de copii	
Stări conflictuale/agresivitate	
Reacție la frustrare	
Izolare, tendință spre singurătate	
Relația cu mama	Relația cu mama
Relația cu tatăl	Relația cu tatăl
Relația cu părinții priviți ca un cuplu	Relația cu părinții priviți ca un cuplu
Relația cu prietenii	Relația cu prietenii
Relația cu cadrele didactice	
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu mediul social imediat	Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu mediul social imediat
Percepția părinților asupra reacției mediul social imediat la copil	
Percepția cadrelor didactice asupra capacității de relaționare a copilului	Percepția cadrelor didactice asupra capacității de relaționare a copilului
Statutul sociometric/Situația în grupul de egali	

Capacitățile intrapersonale asociate pozitiv cu integrarea socială, vârsta psihologică a limbajului și stabilitatea emoțională, acumulează scoruri mai joase în cazul copiilor cu TL. Medii

semnificativ mai joase pentru copii cu TL din grupul experimental au fost identificate pentru relațiile cu mama, cu tata, cu părinții priviți ca și cuplu, cu prietenii. Totodată, părinții (în percepția comportamentului copilului) și cadrele didactice (percepția capacității lui de interrelaționare) sunt mai reticente față de copiii cu TL decât față de cei fără TL.

Am calculat un coeficient al reticenței sociale, comparând mediile pentru grupul experimental și cele de control I și II în cadrul cercetării de control. Coeficientul reticenței sociale în grupul experimental este de 1,45 – evaluare și acceptare pozitive și, uneori, medii din partea mediului social imediat. În grupul de control I – copii cu TL care au parcurs doar TTL – este de 1,88: domină aprecierile medii, uneori negative. Se constată o diferență statistic semnificativă ( $p < 0,001$ ).

Coeficientul reticenței sociale la copiii din grupul de control II – fără TL, în măsurarea retest este chiar mai înalt decât la cei din grupul experimental (1,64 – fără modificări semnificative față de etapa de constatare). Și în acest caz se atestă o diferență statistic semnificativă ( $p < 0,001$ ).

Rezultatele prezentate mai sus confirmă ipoteza cu privire la dezvoltarea capacităților intrapersonale și interpersonale prin PISC-TTL și diminuarea reticenței sociale, prin care s-a realizat egalizarea nivelelor integrării sociale a copiilor cu și fără TL. Totodată, rezultatele ilustrează parcursul intervențiilor ameliorative în lucrul cu copiii cu TL, de felul celei elaborate și implementate în cadrul cercetării de față – PISC-TTL. Programul și-a demonstrat eficiența, îmbunătățind condiția psihosocială a copiilor cu TL și egalizând-o cu cea a copiilor fără TL. Însă, constatându-se anumite ineficiențe în măsurările efectuate în cadrul experimentului de control și compararea test-retest a scorurilor, s-a constatat asupra implementării unui program cu durată mai mare, prin care s-ar reuși realizarea mai eficientă a efortului de integrare socială a copiilor cu TL polimorfă.

### **Validarea rezultatelor cercetării prin compararea cu studii similare în domeniu**

Diferențele test-retest în funcționarea psihosocială a copiilor cu TL arată că la finalizarea programului, comparativ cu etapa de constatare, s-a îmbunătățit atât dimensiunea intrapersonală cât și cea interpersonală, ceea ce poate fi explicat de condițiile în care PISC-TTL a implicat feedback-ul pozitiv, acceptarea în interacțiunile sociale, participarea activă a persoanelor din mediul social imediat, manifestări care exprimă, de fapt, îmbunătățirea integrării sociale a copiilor. Aceste rezultate se confirmă printr-o serie de aserțiuni existente în literatura de specialitate cu privire la faptul că prevenirea eșecurilor în comunicare susține eforturile copilului de a relaționa social chiar în condiții dificile (Lindsay G., Dockrell J. E., Strand S.) [153], dezvoltă sentimentul de încredere, stimulează inițiativa în contactele sociale, care, la rândul lor, îi facilitează integrarea socială (Fletcher A. C., Shaw R. A. ) [120].



Analiza test-retest a evidențiat și o serie de diferențe semnificative statistic în ceea ce privește capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul experimental în funcție de severitatea TL: la copiii cu dislalie polimorfă atât optimizarea cât și diminuarea sunt sub parametri realizați de copiii cu dislalie monomorfă, fapt explicabil prin complexitatea problemelor asociate dislaliei polimorfe comparativ cu dislalia monomorfă și în acord cu cercetările realizate de Abrudan C. [1], Buică C. B. [14], Gherguț A. [24, 25], Verza E. [65, 67, 68], Lazarevic E. și Kopas-Vukašinović E. [150].

Rezultatele obținute în ceea ce privește capacitățile interpersonale de integrare socială a copiilor cu TL la finalizarea PISC-TTL confirmă așteptările și supozițiile inițiale și sunt în acord cu ideile promovate de literatura de specialitate, inclusiv aceea că complexitatea TL, la categoria capacităților interpersonale de integrare socială nu determină diferențe în condiția unui mediu social imediat prietenos, ceea ce sugerează că respectivele aspecte sunt mai puțin influențate de forma dislaliei, cum se menționează în cercetarea realizată de Damon W. și al. [103].

Diferențele consemnate test-retest în ceea ce privește atitudinile pozitive față de persoanele din mediul social imediat, percepția pozitivă din partea părinților, profesorilor și colegilor susțin ideea că PISC-TTL a avut un efect pozitiv. Cea mai mare diferență dintre scorurile medii test-retest se observă în ceea ce privește atitudinea copilului față de tată (relația cu tata). Acest rezultat este congruent cu rezultatele raportate de McDowell D. J. și col. [159] privind corelația dintre stilul de interacțiune al tatălui și capacitățile interpersonale ale copilului.

La finalizarea PISC-TTL, comparativ cu etapa de constatare, s-au obținut rezultate pozitive și în ceea ce privește manifestările reticenței sociale la copiii din grupul experimental. Mamele raportează diminuarea dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat și a reacției negative a mediului social imediat la TL a copilului. După frecventarea PISC-TTL nici un copil cu TL nu mai este apreciat că manifestând frecvent comportamente indezirabile, de asemenea crește procentajul mamelor care își apreciază copii ca având dificultăți ușoare de comunicare cu persoanele din mediul social imediat. De asemenea, nu s-au mai constatat diferențe între copii din grupul experimental și cei din grupul de control II în ceea ce privește statutul sociometric. Aceste rezultate sunt în acord cu aserțiunile existente în literatura de specialitate cu privire la rolul familiei în creșterea calității experiențelor prin intermediul cărora sunt învățate limbajul și interacțiunile sociale, emise de Chelemen I. [17], Bernstein V. J., Hans S. L. și Percansky C. [85], Eichelsheim V. I. și col. [111], și cu cele referitoare la rolul acceptării de către persoanele semnificative și de către colegi a copiilor cu TL, expuse în studiile semnate de Hughes D. M., Turkstra L. S. și Wulfeck B. B. [144], Asher S. R., și Gazelle H. [81], Guralnick M. J. și col. [133].

Stimularea specială a stimei de sine și autoeficacității în cadrul PISC-TTL, reducerea feedbackului și etichetărilor negative, creșterea receptivității persoanelor semnificative din mediul social imediat la comunicarea copilului, au îmbunătățit calitatea experiențelor comunicative ale copiilor din grupul experimental în și cu mediul social și au condus la creșterea popularității și statutului lor social, ceea ce este în acord cu ideile existente în literatura de specialitate de către Alessandri G. și col. [79], Butler R. J. și Gasson S. L. [94], Kurtz L. și Derevensky J. L. [149], Maxwell L. E. și Chmielewski E. J. [158], Meunier J. C. și Roskam I. [161].

Rezultatele privind importanța capacităților interpersonale în integrarea socială a copiilor cu TL concordă cu cele raportate de studiile pe care le prezintă Gresham F. M. [126] cu privire la relațiile dintre abilitățile sociale și statutul sociometric al copilului (popular, respins, neglijat) și exprimă faptul că profilul comportamental al copiilor care au corectat dislalia se apropie de cel al copiilor fără TL: mai puțin respinși, cu nivel de sociabilitate mai înalt și de agresivitate și evitare mai scăzut. Tot în acest studiu depistăm și date care ilustrează raportul dintre schimbarea condiției logopedice și reducerea reticenței sociale a copilului cu TL și față de acesta: percepția părinților copiilor care au corectat dislalia se modifică cu o diferență de medie de 1,30 față de percepția părinților copiilor care nu au evoluat (staționari), iar percepția părinților copiilor care și-au ameliorat situația dar nu au corectat dislalia se modifică cu o diferență de medie de 0,95 față de percepția părinților copiilor care nu au evoluat (staționari). Acest rezultat atrage atenția asupra necesității includerii în programul de intervenție ameliorativă a părinților în sensul sensibilizării lor la eforturile copiilor, indiferent de rezultatele imediate ale TTL.

Statutul sociometric al copilului s-a îmbunătățit semnificativ după PISC-TTL. Doar 2,5% dintre copii mai au statutul de marginalizat, iar 5,83% chiar au dobândit statul de „popular”, aceste diferențe fiind mai accentuate la dislalia monomorfă, comparativ cu dislalia polimorfă. Aceste rezultate pot fi explicate prin intervențiile explicite la nivelul colegilor de grupă în ceea ce privește manifestarea unor atitudini mai favorabile față de ei, creșterea frecvenței cu care sunt invitați să participe la activitățile de joc și diminuarea frecvenței excluderii lor de la jocuri, evitarea ridiculizării lor. Aceste activități au favorizat experiențe sociale pozitive pentru copii cu TL și au limitat tendințele lor de retragere și evitare socială, fiind în acord cu opiniile susținute de literatura de specialitate Vrașmaș E. și Stănică C. [73], Lindsay G., Dockrell J. E. și Strand S. [153].

Concluzionăm că variabilele intra- și interpersonale, care s-au modificat calitativ după PISC-TTL, reflectă direcțiile în care un astfel de program poate fi utilizat cu încredere. Printre cele mai suportive rezultate în susținerea eficienței PISC-TTL și pentru demonstrarea prezumției că prin optimizarea capacităților intra- și interpersonale ale copiilor se îmbunătățește integrarea lor

socială, sunt diminuarea reticenței sociale a mediului imediat față de copiii cu TL și creșterea statutului sociometric al lor în grupul de egali (grupul școlar).

Rezultatele căpătate în cadrul măsurărilor de control au confirmat ipoteza cu privire la dezvoltarea capacităților intrapersonale și interpersonale de integrare socială prin PISC-TTL, reducerea reticenței și deschiderea socială, prin care s-a realizat egalizarea nivelelor dezvoltării capacităților psihosociale și care ne-au permis formularea unei definiții a integrării copiilor cu TL aflați în debutul școlarității.

**Integrarea socială a copilului cu TL aflat în debutul școlarității prezintă un proces de dezvoltare a capacităților intrapersonale, implicarea lor cu efect pozitiv în relațiile cu mediul social familial și școlar prin educarea capacităților interpersonale, cu rezultate în diminuarea reticenței sociale și optimizarea deschiderii sociale prin afirmarea unui statut pozitiv în grupul de egali.**

Rezultatul obținut constă în elaborarea unui model teoretico-praxiologic al egalizării potențialului de integrare socială a copiilor cu și fără TL, care prezintă conceptualizarea capacităților intra- și interpersonale și indicatorii raportării acestor capacități la integrarea socială, reducerea reticenței mediului imediat și optimizarea deschiderii sociale prin creșterea statutului sociometric în grupul de egali, demonstrând efectul pozitiv al Programului PISC-TTL, pentru utilizarea ulterioară în eficientizarea activității psihologice și educaționale cu copiii în debutul școlarității.

### **3.4. Concluzii la capitolul 3**

Sumarizând rezultatele PISC-TTL, concluzionăm că la finalizare s-au produs următoarele schimbări, presupuse în debutul acestuia.

1. S-au îmbunătățit capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL din grupul experimental: au crescut vârsta psihologică a limbajului, toleranța la frustrare, stabilitatea emoțională, autoeficacitatea și comunicabilitatea – variabile asociate pozitiv, și s-au diminuat stările conflictuale/agresivitatea, reacția la frustrare și izolarea/tendința spre singurătate - asociate negativ cu integrarea socială. Cu excepția vârstei psihologice a limbajului și stabilității emoționale, nu s-au mai atestat diferențe semnificative statistic între capacitățile intrapersonale ale copiilor cu TL din grupul experimental și cei fără TL din grupul de control II. Compararea mediilor test-retest pentru grupul de control II – copii cu TL care au promovat doar TTL, a relevat diferențe semnificative pentru capacitățile intrapersonale doar pentru câteva variabile, atestându-se o înrăutățire a situației afective a acestora – diminuarea stimei de sine și sporirea tendințelor conflictuale / agresivității.

2. S-a produs o schimbare pozitivă în capacitățile interpersonale ale copiilor cu TL din grupul experimental: au devenit mai favorabile relația cu mama și cu tata, cu ambii părinți priviți ca și cuplu, cu prietenii și cu cadrele didactice. Nu s-a schimbat relația cu frații și surorile, cu cadrele didactice, însă acestea erau mai favorabile până la debutul PISC-TTL. Totuși, capacitățile interpersonale se dezvoltă mai lent decât cele intrapersonale, menținându-se diferențe între copiii cu TL din grupul experimental și cei din grupul de control fără TL în calitatea relației cu mama, cu tata, cu părinții priviți ca și cuplu, cu prietenii. Copiii din grupul de control I (cu TL care au parcurs TTL), la fel și-au îmbunătățit capacitățile interpersonale, dar nivelul realizat de ei nu este la fel de înalt ca în grupul experimental și cel de control II, iar în calculul test-retest nu se menionează diferențe statistic semnificative.

3. PISC-TTL a avut efect pozitiv și asupra reticenței sociale. În grupul experimental s-au identificat rezultate test-retest semnificative statistic care atestă aprecierea mai pozitivă a comportamentului copiilor, a capacităților de comunicare cu mediul și a reacției mediului la copil de către mame. S-a modificat opinia cadrelor didactice privind capacitățile de comunicare ale copiilor cu TL. Însă, ce e deosebit de important, a sporit considerabil statutul sociometric al acestor copii în mediul de egali, fapt care a ilustrat optimizarea deschiderii sociale. În cazul copiilor din grupul de control I nu s-au identificat diferențe statistic semnificative test-retest. În compararea rezultatelor căpătate de copiii din grupul experimental și de cei fără TL au fost identificate câteva diferențe: prima rezultată din aprecierea mai înaltă oferită de mame capacităților de comunicare a copiilor cu TL, a doua – din poziția mai critică a cadrelor didactice față de acești copii. Astfel, s-a constata că reticența socială și statutul în grupul de egali a copiilor cu TL după PISC-TTL nu se deosebește semnificativ de copiii fără TL, considerând acest lucru drept consecință a îmbunătățirii capacităților interpersonale în cadrul PISC-TTL.

4. Sub aspectul rezultatelor TTL, realizate în grupul experimental încadrat în PISC-TTL, programul a produs trei categorii de efecte: 33 de copii (55%) au corectat TL, 24 (40%) – au ameliorat-o, iar 3 (5%) n-au realizat schimbări, au staționat. Cu diagnostic ameliorat sau stagnat au fost 21 de copii cu dislalie polimorfă și 6 – monomorfă. Tot acești copii au înregistrat în măsurările retest coeficienți care atestă o dezvoltare mai puțin semnificativă a capacităților intra- și interpersonale. Această concluzie ne orientează spre necesitatea de a extinde timpul aferent PISC-TTL.

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În conformitate cu tema, ipoteza de bază, scopul și obiectivele cercetării au fost obținute următoarele **rezultate științifice**.

1. A fost conceptualizat modelul integrării sociale în copilărie, pornind de la abordările teoretice și studiile empirice din literatura de specialitate, cu particularizarea acestuia pentru copiii cu TL și dezvoltare intelectuală în normă aflați în debutul școlarității [45, 46, 48, 49], care a inclus trei categorii de variabile: capacități intrapersonale, cu referință la însușirile de personalitate manifestate în trăiri afective în raport cu sine și cu persoanele din mediul social imediat [46]; interpersonale [49], vizând atitudinile și relațiile cu membrii familiei [42, 172], cadrele didactice și semenii [43, 171], de deschidere socială – cu referință la înlăturarea reticenței sociale și poziționarea favorabilă în grupul de semeni [42, 43].

2. În cadrul cercetării experimentale au fost identificate aspectele definitorii ale integrării sociale a copiilor cu TL aflați în debutul școlarității [43, 46, 48, 171, 173] – capacitățile intrapersonale socioafective cu efect pozitiv în relațiile interpersonale cu reprezentanții mediului social familial și școlar [50], influențând în sens de diminuare reticența socială și contribuind la afirmarea unui statut pozitiv în grupul de egali, conducând la egalizarea cu semenii.

3. Reieșind din generalizarea abordărilor teoretice ale ”perioadelor sensibile” în dezvoltarea copilului, inclusiv a limbajului și competențelor socioemoționale ale acestuia [44, 45], prezentată într-un tabel construit de autor, a fost argumentată, prin rezultatele cercetării de constatare, intervenția ameliorativă în forma unui program cu finalitate dublă – dezvoltarea capacităților de integrare și terapia tulburărilor de limbaj, în scop de ameliorare a condiției sociale și școlare a copiilor de 6-7 ani cu TL, aflați în debutul școlarității [41, 44, 47], și parcurgând atât o ”perioadă sensibilă”, cât și o ”perioadă critică” în dezvoltarea psiho-socio-emoțională.

4. A fost elaborat, implementat și testat empiric Programul de integrare socială și terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL), care și-a demonstrat eficiența prin dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale asociate pozitiv cu integrarea socială, diminuarea manifestărilor socioafective și relaționare asociate negativ cu integrarea socială, înlăturarea condițiilor și, în rezultat, reducerea exprimărilor reticenței sociale și pozitivizarea statutului sociometric în grupul de egali [40, 41, 44, 47]. Impactul PISC-TTL a fost demonstrat prin compararea retest cu grupul de copii cu TL care au parcurs doar TTL și care n-au realizat rezultate pozitive ale integrării sociale, cât și cu grupul de copii fără TL, constatându-se egalizarea în manifestările intrapersonale, capacitățile de relaționare cu alții și integrarea în mediul social imediat [44].

Rezultatele obținute au contribuit la **soluționarea problemei științifice importante**: elaborarea modelului capacităților intra-, interpersonale și de deschidere socială în vederea integrării sociale a copiilor cu TL la vârsta debutului școlarității și identificarea, evaluarea și determinarea variabilelor raportate pozitiv la integrare, ceea ce a contribuit la întocmirea și implementarea Programului de integrare socială a copiilor și terapie a tulburărilor de limbaj (PISC-TTL) cu impact în egalizarea nivelului integrării copiilor cu TL cu cel al copiilor fără TL.

Cercetarea de față prezintă și anumite **limitele ale rezultatelor obținute**, care se referă la capacitățile intra- și interpersonale ale copiilor cu TL în debutul școlarității cu dezvoltare intelectuală în normă. Respectiv, aceste rezultate pot fi extinse doar asupra copiilor cu nevoi speciale care nu au dificultăți de integrare socială definite prin tulburările de ordin cognitiv sau afectiv.

**Recomandările practice** decelate din prezenta cercetare se adresează atât specialiștilor din domeniu, cât și tuturor celor investiți cu sarcina de formare a unei personalități a copilului armonioasă și dotată cu capacități intra- și interpersonale de integrare socială.

1. Pentru sprijinirea integrării sociale a copilului cu TL sunt necesare intervenții atât la nivelul capacităților lui intrapersonale și interpersonale, cât și la nivelul percepției și atitudinilor membrilor mediului social imediat al acestor copii, recomandându-se implicarea reprezentanților acestui mediu în programele destinate înlăturării dificultăților de integrare socială. În acest scop recomandăm includerea în planul activităților instituțiilor preșcolare și școlare, în special pentru clasele primare, a consilierii psihopedagogice a părinților copiilor cu TL privind profilul psihosocial, dificultățile de integrare socială, particularitățile relațiilor sociale ale acestor copii, prezentarea modelelor de comunicare cu aceștia.

2. Intervențiile la nivelul capacităților intrapersonale și interpersonale de integrare socială trebuie să includă atât dezvoltarea potențialului individual de integrare socială, cât și TTL, solicitându-se efortul conjugat al serviciilor psihologice și psihopedagogice școlare cu cel al specialiștilor-logopezi. În România sunt create Centre Logopedice Interșcolare, care pot fi implicate în promovarea acestor intervenții după o pregătire psihologică mai detaliată în cadrul formărilor continuă și a cercurilor pedagogice a logopezilor sau prin administrarea în comun a programelor de către logopezi, consilieri și psihologi școlari. Se recomandă pentru Republica Moldova consolidarea acestor echipe în cadrul Serviciilor raionale/municipale de asistență psihopedagogică cu susținerea metodologică a Centrului Republican de Asistență Psihopedagogică, pentru ca ulterior să fie create servicii interșcolare. Cadrul de obligații în vederea integrării sociale a copiilor cu dificultăți de adaptare condiționate de nevoile speciale ale copilului ar putea fi specificat în Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Centrului

Republicana de Asistență Psihopedagogică, care actualmente îl prezintă doar sumar, sau alte documente reglatoare.

3. Intervențiile la nivelul capacităților interpersonale și al reticenței sociale, determinate de percepția și atitudinile actorilor mediului social imediat al copiilor cu TL, trebuie să implice atât membrii familiei, cât și membrii comunității școlare – grupul de egali și cadrele didactice. În acest context se recomandă diseminarea cunoștințelor privind potențialul intra- și interpersonal al copiilor cu TL în cadrul formării inițiale și continuă a cadrelor didactice din educația preșcolară și învățământul primar.

4. În domeniul respectiv rămân a fi nesoluționate multiple probleme. Influența tipului TL a copilului asupra constituirii atitudinilor parentale, formarea și manifestarea atitudinilor celorlalți membri ai familiei (frați/surori, bunei) față de acest copil, specificul constituirii atitudinii parentale din momentul anunțului despre anumite limitări funcționale în dezvoltarea copilului condiționate de TL sunt doar câteva direcții ce țin de perspectiva de cercetare a domeniului vizat și care urmează să fie continuate în studii de perspectivă.

## BIBLIOGRAFIE

1. ABRUDAN, C. *Elemente de psihopedagogie specială*. Oradea: Europrint, 2003. 380 p. ISBN 973-773-500-5.
2. ADLER, A. *Înțelegerea vieții*. Bucuresti: Trei, 2009. 160 p. ISBN 978-973-707-758-5.
3. ALBU, E. *Psihologia vârstelor* [online]. Târgu-Mureș: Universitatea „Petru Maior”, Departamentul I.F.R.D, 2007. 103 p. [citată 09.10.2014]. Disponibil: <https://www.slideshare.net/alambicat/psihologia-varstelor-albu>
4. ANDRE. C. *Imperfecți, liberi și fericiți. Practici ale stimei de sine*. Bucuresti: Trei, 2009. 504 p. ISBN 978-973-707-363-1.
5. AVRAMESCU, M.D. *Defectologie și logopedie*. Bucuresti: Editura Fundației României de Măine, 2008. 296 p. ISBN 978-973-163-352-7.
6. AVRAMESCU, M.D. *Psihologia persoanelor cu nevoi speciale*. Bucuresti: Editura Fundației României de Măine, 2008. 116 p. ISBN 978-973-163-143-1
7. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. *Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2017*. [citată 15.09.2017]. Disponibil: <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6017>.
8. BOLBOCEANU, A. Asistența psihologică școlară în Republica Moldova: prezent și perspective. In: *Personalitatea integrală – un deziderat al educației moderne: Materialele Conferinței Științifice Internaționale*. Chișinău: Print Caro SRL, 2010, p. 6-8. ISBN 978-9975-4152-4-8.
9. BOLBOCEANU, A. *Impactul comunicării cu adultul asupra dezvoltării intelectuale în diferite perioade ale ontogenezei*. Teza de dr. habil. în psihologie. Chișinău, 2005. 259 p.
10. BONCHIȘ, E. *Psihologia copilului și parenting*. Iași: Polirom, 2011. 424 p. ISBN 978-973-46-2231-3.
11. BONCHIȘ, E., SECUI, M. *Psihologia vârstelor*. Oradea: Ed. Universității din Oradea, 2004. 750 p. ISBN 973-613-556-X.
12. BUCUN, N., TARNOVSCHI, A. Atitudinea părinților față de copilul bolnav – condiție primordială în adaptarea psihosocială. In: *Optimizarea învățămîntului în contextul societății bazate pe cunoaștere. Materialele Conferinței științifice cu participare internațională, 2-3 noiembrie, 2012, IȘE*. Chișinău: Print Caro, 2012, p. 343-345. ISBN 978-9975-56-072-6.
13. BUCUN, N., NOSATÎI, A. Pregătirea psihologică pentru școală a copiilor cu tulburări de limbaj. In: *Univers Pedagogic Pro*, 2009, nr. 3, p. 68-75. ISSN 1811-5470
14. BUICĂ, C. B. *Bazele defectologiei*. Bucuresti: Aramis, 2004. 170 p. ISBN 973-679-161-0.



15. CALUSCHI, M. *Probleme de psihologie socială*. Iasi: Cantes, 2001. 153 p. ISBN 978-606-24-0012-5.
16. CHELEMEN, I. *Elemente de psihopedagogie specială*. Oradea: Editura Universității din Oradea, 2010. 390 p. ISBN 978-606-10-0044-9.
17. CHELEMEN, I. *Impactul psiho-social asupra familiei ca urmare a dizabilității copilului*. Oradea: Editura Universității din Oradea, 2006. 420 p. ISBN 973-759-183-6; 978-973-759-183-8.
18. Codul Educației al Republicii Moldova nr. 152 din 17.07.2014. In: *Monitorul Oficial*, nr. 319-324, 24.10.2014.
19. Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități. In: *Monitorul Oficial*, 2010, nr. 792 din 26 noiembrie 2010.
20. CREȚU, T. *Psihologia vârstelor*. Iași: Polirom, 2009. 392 p. ISBN 978-973-46-1358-8.
21. CUCER, A. Comunicarea — modalitate de integrare a copilului cu tulburări de limbaj în mediul școlar. In: *Psihologie. Revistă științifico-practică*, 2011, nr. 2, p. 12-20. ISSN 1857-2502.
22. CUCER, A. *Psihocorecția tulburărilor de limbaj prin acțiuni de terapie complexă*. Chișinău: „Print-Caro”, SRL, 2010. 110 p. ISBN 978-997-541-874-4.
23. CUCER, A. *Psihocorecția tulburărilor de limbaj prin acțiuni de terapie complexă*. Teză de dr. în psihologie. Chișinău, 1999. 158 p.
24. GHERGUȚ, A. *Sinteze de psihopedagogie specială. Ghid pentru concursuri și examene de obținerea gradelor didactice*. Iași: Polirom, 2013. 528 p. ISBN 978-973-46-3386-9.
25. GHERGUȚ, A. *Evaluare și intervenție psihoeucațională. Terapii educaționale, recuperatorii și compensatorii*. Iași: Polirom, 2011. 288 p. ISBN 978-973-461-965-8
26. GHERGUȚ, A. *Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluzive în educație*. Iasi: Polirom, 2006. 256 p. ISBN 973-46-0397-3.
27. GOLU, F. *Psihologia dezvoltării umane*. București: Universitară, 2010. 315 p. ISBN 978-973-749-865-6.
28. GOLU, F. *Pregătirea psihologică a copilului pentru școală*. Iași : Polirom, 2009. 216 p. ISBN 978-973-46-1351-9.
29. Hotărârea Nr. 858 din 17.12.2015 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni pe anii 2015-2017 pentru implementarea Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020. Anexa: Planul de acțiuni pe anii 2015-2017 pentru implementarea Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova

- pentru anii 2011-2020 [online]. In: *Monitorul Oficial*, nr. 347-360, [citat 15.12.2015]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=362471>.
30. JELESCU, P. *Geneza negării la copii în perioada preverbală (Studiu teoretico-experimental)*. Chișinău: Muzeum, 1999. 248 p. ISBN 997-590-527-7.
  31. LUPU, I. Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare. In: *Calitatea vieții*, 2006, nr.1-2, p. 73-91. ISSN 1018-0839.
  32. MANOLESCU, M. (coord). *Ghid metodologic de evaluare a elevilor din clasa pregătitoare. București: Centrul National de Evaluare si Examinare (CNEE)*, [online], 2013. 208 p. [citat 15.04.2015]. Disponibil : [http://lic.ncit.pub.ro/Ghid de completare si valorificare a Raportului de evaluare clasa pregatitoare.pdf](http://lic.ncit.pub.ro/Ghid_de_completare_si_valorificare_a_Raportului_de_evaluare_clasa_pregatitoare.pdf).
  33. MEZEI, S. Integrare socială. In: Zamfir C., Vlăsceanu L. (coord.) *Dicționar de sociologie*. București: Ed. Babel, 1998, p.300-301. ISBN 973-481-011-1.
  34. NICULESCU, R. M., LUPU, D. A. *Pedagogia preșcolară și a școlarului mic – suport de curs pentru I.D.D.* [online]. Brașov: Tipografia Universității Transilvania din Brașov, 2007. [citat 23.12.2013]. Disponibil: <http://www2.unitbv.ro/LinkClick.aspx?fileticket=G3fvG37INv8%3D&tabid=7630&language=ro-RO>.
  35. NOSATII, A. *Modele psihopedagogice de intervenție în procesul pregătirii pentru școală a copiilor cu tulburări de limbaj*. Teză de dr. în psihologie. Chișinău, 2010. 215 p.
  36. OLĂRESCU, V. *Perspectiva diagnosticului logopedic*. Chișinău: Elena – VI SRL, 2008. 251 p. ISBN 978-9975-9743-6-3.
  37. Ordinul MEC nr. 4653/8.10.2001 *Cu privire la aprobarea Metodologiei de organizare și funcționare a serviciilor educaționale pentru copiii/elevii deficienți integrați în școala publică, prin cadre didactice itinerante și de sprijin*. [citat 07.03.2016]. Disponibil: <http://www.edu.ro/index.php/legaldocs/>
  38. Ordinul MEN nr. 3634/12.04.2000 *Privind aprobarea programului național "Integrarea și reabilitarea copiilor cu deficiențe în/prin comunitate"*. [citat 07.03.2016]. Disponibil: [www.edu.ro](http://www.edu.ro) <http://www.edu.ro/index.php/legaldocs/> .
  39. PAVLENKO, L. *Particularitățile psihologice de dezvoltare ale competenței sociale în ontogeneză*. Teza de dr. în psihologie. Chișinău, 2015. 221 p.
  40. POPESCU, O. Modele de consiliere parentală utilizate în PISC-TTL. In: *Bunăstarea psihologică a copiilor și adolescenților, studii, experiențe, preocupări interdisciplinare*. Constanța: SITECH, 2019, p. 117-129. ISBN 978-606-11-6843-9.

41. **POPESCU, O.** Intervenția logopedică și dezvoltarea de competențe sociale și emoționale – premise ale integrării sociale a copiilor cu tulburări de vorbire. In: *Drumuri spre suflet*, 2016, nr.5. ISSN 2343 – 9416.
42. **POPESCU, O.** Mediul social imediat (familia și școala) și tulburarea de vorbire a copilului. In: *Drumuri spre suflet*, 2016, nr.4. ISSN 2343 – 9416.
43. **POPESCU, O.** Particularitățile ale interacțiunilor sociale la copiii cu tulburări de vorbire. In: *Psihologie, Revistă științifico-practică*, 2016, nr.1-2, p. 62-70. ISSN 1857-2502.
44. **POPESCU, O.** Utilizarea intervenției logopedice în vederea integrării sociale a copiilor cu tulburări de vorbire. In: *Psihologie, Revista științifico-practică*, 2016., nr. 3-4, p. 39-48. ISSN 1857-2502.
45. **POPESCU, O.** Etapele dezvoltării limbajului la copilul normal. In: *Drumuri spre suflet*, 2014, nr. 3, p. 66-68. ISSN 2343 – 9416.
46. **POPESCU, O.** Tulburările de vorbire la copil. Violență verbală - depresie. Cauză și efect asupra integrării sale sociale. In: *Exemple de bune practici în prevenirea și combaterea violenței din mediul școlar*. Craiova: Else, 2014, p. 137-144. ISSN 2360 – 0527.
47. **POPESCU, O.** Formarea abilităților sociale în terapia bâlbâielii. Profil psihopulsional versus profil psihosociocomportamental. In: *Universitas Europea*, 2012, p. 30-32. (fără ISBN).
48. **POPESCU, O.** Tulburările de vorbire la copil și depresia. Cauză și efect asupra integrării sale sociale. In: *Simpozion Județean "Depresia: o criză globală", CJRAE Gorj, Târgu Jiu, 10 octombrie 2012*. Târgu Jiu: Măiastra, 2012, p. 82-85. ISBN 978-606-516-645-5.
49. **POPESCU, O., RUSNAC, S.** Tulburări de vorbire și integrare socială la copii/Children's speech disorders and social integration. In: *Preocupări contemporane ale științelor socio-umane. Materialele Conferinței Științifice Internaționale prilejuite aniversării a 15 ani de la fondarea Facultății Psihologie, Științe ale Educației și Asistență Socială. Ediția a VI-a - Mentalități ale societății în transformare. Chișinău, 11-12 decembrie, 2015*. Chișinău: S.n. (Tipograf. Biotehdesign), 2016, p. 354-362. ISBN 978-9975-933-79-7.
50. **POPESCU, O., OPRÎȘOR, V. E.** Rolul familiei și școlii în învățarea comunicării elevilor. In: *Păstrarea integrității familiei – politică prioritară pentru protecția copilului. Materialele Conferinței Internaționale Științifico-practice. 15 mai 2014*. Chișinău: Artpoligraf, 2014, p. 133-135. ISBN 978-9975-3036-3-7.
51. **PONOMARI, D.** *Dezvoltarea comunicării la copiii preșcolari cu tulburări de limbaj*. Teză de dr. în psihologie. Chișinău, 2019. 281 p.

52. RACU, I. Psihogeneza conștiinței de sine în diferite situații sociale de dezvoltare. In: *Prolegomene din istoria psihologiei în Republica Moldova*. Iași: Pan Europe, 2018, p. 19-39. ISBN 978-973-8483-84-2.
53. *Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2017*. [citat 23.12.2014]. Disponibil :<http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/02/RSC-2017.pdf>
54. ROȘCA, D. Familia și socializarea copilului. In: *Analele Universitatii Spiru Haret. Seria Sociologie-Psihologie*, 2009, 4, p. 129-139. ISSN 1582-6635.
55. RUSNAC, S. *Preocupări contemporane ale psihologiei sociale*. Chișinău: RVR Consulting Grup, 2007. 264 p. ISBN 978-9975-78-566-2.
56. RUSU, D. Concepte și teorii privind integrarea școlară și socială a copiilor cu cerințe educative speciale. In: *Analele Universității Dunărea de Jos*, Galați, Seria Filozofie, 2005, XVIII, 5, p. 154 – 173. ISSN 1844-9476.
57. SCHAFFER, H. R. *Introducere în psihologia copilului*. Cluj-Napoca: ASCR, 2010. 380 p. ISBN 978-973-7973-45-0.
58. SION, G. *Psihologia vârstelor*. București: Editura Fundației România de Măine, 2007. 257 p. ISBN 978-973-163-013-7.
59. SLAMA-CAZACU, T. *Psiholingvistica: o știință a comunicării*. București: Ed. ALL, 1999. 826 p. ISBN 973-684-025-5.
60. STĂNCIULESCU, E. *Sociologia educației familiale: vol. 1: Strategii educative ale familiilor contemporane*. Iași: Polirom, 1997, 280 p. ISBN 973-681-126-3.
61. STĂNCIULESCU, E. *Sociologia educației familiale: vol. 2: Familie și educație în societatea românească. O istorie critică a intervenționismului utopic*. Iași: Polirom, 1998, 432 p. ISBN 973-681-125-5.
62. ȘCHIOPU, U., VERZA, E. *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții*. București: Didactică și Pedagogică, 1997. 510 p. ISBN 973-30-5798-3.
63. VASIAN, T. *Particularitățile psihosociale ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități*. Teză de dr. în psihologie. 2013. 220 p.
64. VASIAN, T. Socializarea copiilor de vârstă preșcolară din perspectiva modernizării procesului de educație timpurie. In: *Univers pedagogic*, 2014, nr. 4, p. 26-32. ISSN 1811-5470.
65. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. 1. București: Editura Fundației Humanitas, 2009. 398 p. ISBN 973-624-818-6
66. VERZA, E. *Tratat de logopedie*. Vol. 2. București: Editura Fundației Humanitas, 2009. 384 p. ISBN 973-624-818-6

67. VERZA, E., VERZA. F. *Psihologia vârstelor*. București: Pro Humanitate, 2000. 307 p. ISBN 973-99734-4-2.
68. VERZA, E. *Psihologia vârstelor*. București: Ed. Hyperion XXI, 1993. 157 p. ISBN 9789733057987
69. VERZA, E. *Dislalia și terapia ei*. București: EDP, 1977. 144 p. (fără ISBN)
70. VRĂȘMAS, T. Cerințele educaționale speciale în psihopedagogie. In: *Repere – Revista de Științele Educației*, 2011, nr. 4, p. 20-37. ISSN; ISSN-L: 2247-1065.
71. VRAȘMAȘ, E. *Educatia copilului prescolar. Elemente de pedagogie la varstele timpurii*. București: Ed. Pro-Humanitate, 1999. 251 p. ISBN 9739902383 ; 9789739902380.
72. VRAȘMAȘ, E., OPREA, V. *Set de instrumente, probe și teste pentru evaluarea educațională a copiilor cu dizabilități*. București: MarLink, 2003. 165 p. ISBN 973-8411-06-8.
73. VRAȘMAȘ, E., STANICA, C. *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*. București: EDP, 1997. 328 p. ISBN 9733057886.
74. БАРАНОВА, О. Применение теста Р. Жилия для исследования межличностных отношений детей в семье. In: *Школьный психолог*, [online] 2001, 41 (183). [citată 23.12.2014]. Disponibil: <http://psy.1september.ru/articlef.php?ID=200104108>.
75. ГИЛЬЯШЕВА, И.Н., ИГНАТЬЕВА, Н.Д. *Методика исследования межличностных отношений ребенка. Методическое пособие*. М.: Фолиум, 1994. 64 с. ISBN 978-5-17-049383-8.
76. ADLER, R., RODMAN, G. *Understanding Human Communication*. Oxford: Oxford University Press, 2008. 496 p. ISBN-13: 978-0199334322, ISBN-10: 0199334323.
77. AGER, A., STRANG, A. Understanding integration: A conceptual framework. In: *Journal of refugee studies*, 2008, v. 21/2, p. 166-191. ISSN 0951-6328.
78. AINSWORTH, M. D. S. Attachments beyond infancy. In: *Amer. Psychologist*, 1989, 44, p. 709-716. ISSN 0003-066X.
79. ALESSANDRI, G. et al. Reciprocal Relations Among Self-Efficacy Beliefs and Prosociality Across Time. In: *Journal of personality*, 2009, 77 (4), p. 1229-1259. ISSN 1467-6494.
80. ANTHONY, L. G. et al. The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. In: *Infant and Child Development*, 2005, 14 (2), p. 133-154. ISSN 1522-7219.
81. ASHER, S. R., GAZELLE, H. Loneliness, peer relations, and language disorder in childhood. In: *Topics in Language Disorders*, 1999, 19 (2), p. 16-33. ISSN 0271-8294.

82. BANDURA, A. et al. Self-efficacy pathways to childhood depression. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 76(2), p. 258-269. ISSN 1467-6494.
83. BAUMRIND, D. Parental disciplinary patterns and social competence in children. In: *Youth and Society*, 1978, 9 (3), p. 239-276. ISSN 0044118X.
84. BEELMANN, A., PFINGSTEN, U., LOESEL, F. Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, 1994, 23, p. 260–271. ISSN 1537-4416.
85. BERNSTEIN V. J., HANS, S. L., PERCANSKY, C. Advocating for the young child in need through strengthening the parent-child relationship. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, 1991, 20, p. 28–41. ISSN 1537-4416.
86. BOWEN, C. *Children's speech sound disorders*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009. 456 p. ISBN 978-0-470-72364-7.
87. BOWER, A. M., HAYES, A. Mothering in families with and without a child with disability. In: *International Journal of Disability, Development and Education*, 1998, 45 (3), p. 313-322. ISSN 1465-346X.
88. BOWLBY, J. *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books, 1982. 399 p. ISBN 0-465-00543-8.
89. BOYER, W. Parental and educator perspectives on young children's acquisition of self-regulatory skills. In: *Enduring bonds: The Significance of Interpersonal Relationships in Young Children's Lives*, Pennsylvania: Springer US, University of Pennsylvania, 2008, p. 23-37. ISBN 9780520292390.
90. BROESCH, T. et al. Cultural variations in children's mirror self-recognition. In: *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2010, 42, p.1018-1029. ISSN 00220221.
91. BRONFENBRENNER, U. *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005. 336 p, ISBN-10: 0761927123.
92. BUKOWSKI, W. M., RUBIN, K. H., PARKER, J. Social Competence. In: N. J. Smelser, P. B. Baltes, N. Eisenberg (Eds.). *International encyclopedia of social and behavioral sciences*. Oxford, England: Elsevier Sciences, 2001, p. 14258-14264. ISBN 9780080430768.
93. BURDETTE, H. L., WHITAKER, R. C. Resurrecting free play in young children: looking beyond fitness and fatness to attention, affiliation, and affect. In: *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 2005, 159 (1), p. 46-50. ISSN 1072-4710.

94. BUTLER, R. J., GASSON, S. L. Self esteem/self concept scales for children and adolescents: A review. In: *Child and Adolescent mental health*, 2005, 10(4), p. 190-201. ISSN 1728-0583.
95. CARPENDALE, J. I., LEWIS, C. Constructing an understanding of mind: The development of children's social understanding within social interaction. In: *Behavioral and Brain Sciences*, 2004, 27 (01), p. 79-96. ISSN 0140-525X.
96. CHOMSKY, N. *Syntactic Structures*. S'Gravenhage: Mouton and Co., 1957. 116 p. ISBN 3-11-017279-8.
97. COIE, J. D., DODGE, K. A., KUPERSMIDT, J. B. Peer group behavior and social status. In: Asher SR, Coie J. D., editors. *Peer rejection in childhood*. New York: Cambridge University Press; 1990, p. 17–59. ISBN 9780521398367.
98. COLLINS, W.A., KUCZAJ, S. A. *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. New York: Macmillan Publishing Company, 1991. 736 p. ISBN 978-0023770104
99. COMMODARI, E. Preschool teacher attachment, school readiness and risk of learning difficulties. In: *Early Childhood Research Quarterly*, 2013, 28(1), p. 123-133. ISSN 0885-2006.
100. COPELAND, E., NELSON, R.B., TRAUGHER, M. Wellness dimensions relate to happiness in children and adolescents. *Advances*. In: *School Mental Health Promotion*, 2010, 3 (4), p. 25-37. ISSN 1754-730X.
101. COPELAND, E.P. Best practices in health promotion for school psychological practice. In: *Best practices in school psychology*. A. Thomas and J. Grimes (Eds.). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists, 2002, p. 946-961. ISBN-13: 978-0932955852, ISBN-10: 0932955851.
102. CORCORAN, K. J., FISCHER, J. *Measures for clinical practice and research: A sourcebook*. New York, NY: Oxford University Press, 2013. 996 p, ISBN-978-0-19977858-4.
103. DAMON, W. et al. *Child and adolescent development: An advanced course*. N. Y.: John Wiley & Sons, 2008. 370 p. ISBN 978-0-470-17657-3.
104. DEFORGES, E. D., VIBERT, N., VIDAL, P. Vestibular Critical Period, Maturation of Central Vestibular Neurons, and Locomotor Control. *Control. Basic and Clinical Aspects of Vertigo and Dizziness*. In: *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 2009, May 1164, p. 180–187. ISSN 0077-8923.
105. DESCOEUDRES, A. *Le développement de l'enfant de deux à sept ans: recherches de psychologie expérimentale*. Paris: Delachaux - Niestlé, 1930. 333 p. (fără ISBN).

106. DOCKRELL, J. E. et al. Educational provision for children with specific speech and language difficulties: perspectives of speech and language therapy service managers. In: *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2006, 41(4), p. 423-440. ISSN 1368-2822.
107. DOCKRELL, J. E., LINDSAY, G. Children with specific speech and language difficulties—The teachers' perspective. In: *Oxford Review of Education*, 2001, 27 (3), p. 369-394. ISSN 0305-4985.
108. DONAHUE, P. J., FALK, B., PROVET, A. G. *Mental health consultation in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 2000. 240 p.
109. DORE, R. Ph. *Flexible Rigidities: Industrial Policy and Structural Adjustment in the Japanese Economy, 1970-80*. Stanford: Stanford University Press, 1986. 278 p. ISBN 9781780939261.
110. DURKIN, K., CONTI-RAMSDEN, G. Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. In: *Child development*, 2007, 78 (5), p. 1441-1457. ISSN 1467-8624.
111. EICHELSHEIM, V. I. et al. The Social Relations Model in family studies: A systematic review. In: *The complexity of families*. Eichelsheim. V. I. (coord.). Utrecht: Labor Grafimedia BV, 2010, p. 81 – 111. ISBN 978-90-393-5481-0.
112. EISENBERG, N., ZHOU, Q. Regulation from a developmental perspective. In: *Psychological Inquiry*, 2000, 11, p. 166-171. ISSN 1047-840X.
113. ERIKSON, E. *Identity: Youth and Crisis*. New York: W. W. Norton & Company, 1994. 336 p. ISBN 978-0-393-31144-0.
114. FALIK, L. H. Family Patterns of Reaction to a Child with a Learning Disability A Mediation Perspective. In: *Journal of learning disabilities*, 1995, 28 (6), p. 335-341. ISSN 00222194.
115. FISCHER, J., CORCORAN, K. *Measures for Clinical Practice and Research. Volume 2: Adults*. New York, NY: Oxford University Press, 2013. 1008 p, ISBN-13:978-0195181913, ISBN-10: 0195181913.
116. FISCHER, J., CORCORAN, K. *Measures for Clinical Practice: A Sourcebook. Volume 1: Couples, Families, and Children*. New York, NY: Oxford University Press, 2000. 704 p, ISBN-978-0-19977858-4.
117. FISCHER, J.; CORCORAN, K. J. *Measures for clinical practice and research: A sourcebook*. New York, NY: Oxford University Press, 2007, vol. 1, p. 87-89, ISBN-978-0-19977858-4.



118. FISCHER, S.D. Critical periods for language acquisition: consequences for deaf education. In: A. Weisel (Ed.). *Issues unresolved: New perspectives on language and deaf education*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 1998, p. 9-26, SBN-13: 978-1563680670, ISBN-10: 156368067X.
119. FLETCHER, A. C., BRIDGES, T. H., HUNTER, A. G. Managing children's friendships through interparental relationships: Roles of ethnicity and friendship context. In: *Journal of Marriage and Family*, 2007, 69 (5), p. 1135-1149. ISSN 17413737, 00222445.
120. FLETCHER, A. C., SHAW, R. A. Sex differences in associations between parental behaviors and characteristics and adolescent social integration. In: *Social Development*, 2000, 9 (2), p. 133-148. ISSN 0961205X, 14679507.
121. GEIST, C. R., HAMRICK, T. J. Social avoidance and distress: its relationship to self-confidence, and needs for affiliation, change, dominance, and deference. In: *Journal of Clinical Psychology*, 1983, 39 (5), p.727-730. ISSN 0961205X, 14679507.
122. GILLE, R. *Le test-film: un instrument pour la mesure objective du niveau de maturité affective et de certains traits du comportement*. Paris: Presses universitaires de France, 1959. 90 p. (fără ISBN).
123. GORDON, P., KRACKOW, E. Are lions and tigers substitutes or associates? Evidence against slot filler accounts of children's early categorization. In: *Child Development*, 1998, 69, p. 347-354. ISSN 1467-8624.
124. GOSWAMI, U., BRYANT, P. *Children's Cognitive Development and Learning. Primary Review Research Survey 2/1a*. Cambridge: University of Cambridge, 2007. 38 p. [online]. [citat.20.08.2015]. Disponibil: <http://www.cne.psychol.cam.ac.uk/pdfs/publication=pdfs/PrimaryReviewGoswamiBryant2007.pdf>
125. GREENSPAN, S. Fostering emotional and social development in infants with disabilities. In: *Zero to Three*, 1988, 8, p. 8–18. ISSN 0736-8038.
126. GRESHAM, F. M. Social Skills. In: G. G. Bear, K. M. Minke, A. Thomas. *Children's Needs II: Development, Problems and Alternatives*. Bethesda: National Association of School Psychologists, 1997, pp. 39-51, ISBN-0-932955-96-7.
127. GRESHAM, F. M., LEMANEK, K. L. Social skills: A review of cognitive-behavioral training procedures with children. In: *Journal of Applied Developmental Psychology*, 1983, 4 (3), p. 239-261. ISSN 0193-3973.
128. GRIGOROIU-ȘERBĂNESCU, M. A brief inventory for assessing personality traits and disorders in children aged 8–11. In: *Revue Roumaine de Neurologie et Psychiatrie*, 1987, Vol 25 (1), p. 41-55. ISSN 1017-5644.

129. GUDJONSSON, G. H. Interrogative suggestibility: its relationship with assertiveness, social-evaluative anxiety, state anxiety and method of coping. In: *Journal of Clinical Psychology*, 1988, 27, p. 66-159. ISSN 0961205X, 14679507.
130. GUERRA, N. G., WILLIAMSON, A. A., LUCAS-MOLINA, B. Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. In: J. M. Rey (ed). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*, [online], 2012. 39 p. [vizitat 20.08.2015]. Disponibil : <http://iacapap.org/wp-content/uploads/A.2.-DEVELOPMENT-072012.pdf>
131. GURALNICK, M. J. A hierarchical model for understanding children's peer-related social competence. In: S. L. Odom, S. R. McConnell, M. A. McEvoy (Eds.), *Social competence of young children with disabilities: Issues and Strategies for intervention*. Baltimore: P. H. Brookes Pub. Co., 1992, p. 37-64, ISBN-13: 978-1557660855, ISBN-10: 1557660859.
132. GURALNICK, M. J. et al. Immediate effects of mainstreamed settings on the social interactions and social integration of preschool children. In: *AJMR-American Journal on Mental Retardation*, 1996, 100 (4), p. 359-377. ISSN 0895-8017.
133. GURALNICK, M. J. et al. The peer relations of preschool children with communication disorders. In: *Child Development*, 1996, 67 (2), p. 471-489. ISSN 1467-8624.
134. GURALNICK, M. J. The nature and meaning of social integration for young children with mild developmental delays in inclusive settings. In: *Journal of Early Intervention*, 1999, 22 (1), p. 70-86. ISSN 10538151.
135. GURALNICK, M. J., CONNOR, R. T., HAMMOND, M. Parent perspectives of peer relationships and friendships in integrated and specialized programs. In: *AJMR-American Journal on Mental Retardation*, 1995, 99 (5), p. 457-475. ISSN 0895-8017.
136. GURALNICK, M. The Peer Relations of Yong Handicapped and Nonhandicapped Children. In: P. Strain, M. Guralnick, H. Walker (Eds). *Children's Social Behavior*. New York: Academic Press Inc., 1986, p. 93-140. ISBN 9781483264455.
137. HADLEY, P. A., RICE, M. L. Conversational responsiveness of speech-and language-impaired preschoolers. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1991, 34 (6), p. 1308-1317.
138. HARRIST, A. W., BRADLEY, K. D. "You can't say you can't play": intervening in the process of social exclusion in the kindergarten classroom. In: *Early Childhood Research Quarterly*, 2003, 18 (2), p. 185-205. ISSN 10924388.

139. HEIMAN, T. Parents of children with disabilities: Resilience, coping, and future expectations. In: *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2002, 14 (2), p. 159-171. ISSN 1056263X, 15733580.
140. HENDERSON, L., ZIMBARDO, P. Shyness. In: *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press, 1996, p. 2024-2026. ISBN 9780123977533.
141. HOSKINS, C. N. Dominance-Accommodation Scale. Instruments for Couples. In: Fischer J.; Corcoran K. J. *Measures for clinical practice and research: A sourcebook*. New York, NY: Oxford University Press, 2007, vol. 1, p. 87-89. ISBN 978-0-19977858-4.
142. HOSKINS, C. N. Measuring Perceived Dominance-Accommodation: Development of a Scale. In: *Psychological Reports*, 1986, 58, p. 627-642. ISSN 00332941.
143. HOSKINS, C. N. The Dominance-Accommodation Scale: Further Studies Of Validity And Reliability. In: *Psychological Reports*, 1990, 66 (3c), p. 1101-1102. ISSN 00332941.
144. HUGHES, D. M., TURKSTRA, L. S., WULFECK, B. B. Parent and self-ratings of executive function in adolescents with specific language impairment. In: *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2009, 44 (6), p. 901-916. ISSN 1368-2822.
145. IMMERMANN, R. S., MACKEY, W. C. Perspectives on Human Attachment (Pair Bonding): Eve's Unique Legacy of a Canine Analogue. In: *Evolutionary Psychology*, [online], 2003. [citat 12.08.2014]. Disponibil: <http://evp.sagepub.com/content/1/1>.
146. *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization, [online], 2007. 351 p. [citat 05.10.2014]. Disponibil: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf)
147. KERNIS, M. H. Toward a conceptualization of optimal self-esteem. In: *Psychological Inquiry*, 2003, 14 (1), p. 1-26. ISSN 1047-840X.
148. KRASNOR, L. The nature of social competence: A theoretical review. In: *Social Development*, 1997, 6 (1), p. 111-135. ISSN 0961205X, 14679507.
149. KURTZ, L., DEREVENSKY, J. L. The effects of divorce on perceived self-efficacy and behavioral control in elementary school children. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 1994, 20 (3-4), p. 75-94. ISSN 1050-2556
150. LAZAREVIC, E., KOPAS-VUKAŠINOVIĆ, E. Cooperation between school and parents of SLI children. International. In: *Journal about Parents in Education*, 2007, 1 (0), p. 151 – 155. ISSN 19733518
151. LENNEBERG, E. H. *Biological Foundations of Language*. NY: Wiley., 1967. 489 p. ISBN-10 9780471526261, ISBN-13: 978-0471526261

152. LINDSAY, G. et.al. The roles of specialist provision for children with specific speech and language difficulties in England and Wales: a model for inclusion? In: *Journal of Research in Special Educational Needs*, 2005, 5 (3), p. 88-96. ISSN 1471-3802
153. LINDSAY, G., DOCKRELL, J. E., STRAND, S. Longitudinal patterns of behaviour problems in children with specific speech and language difficulties: Child and contextual factors. In: *British Journal of Educational Psychology*, 2007, 77 (4), p. 811-828. ISSN 2044-8279
154. LINDSAY, G., DOCKRELL, J. The behaviour and self-esteem of children with specific speech and language difficulties. In: *British Journal of Educational Psychology*, 2000, 70 (4), p. 583-601. ISSN 2044-8279
155. LINDSAY, G. et al. Self esteem of children with specific speech and language difficulties. In: *Child Language Teaching and Therapy*, 2002, 18 (2), p. 125-143. ISSN 0265-6590
156. MARTON, K., ABRAMOFF, B., ROSENZWEIG, S. Social cognition and language in children with specific language impairment (SLI). In: *Journal of Communication Disorders*, 2005, 38 (2), p. 143-162. ISSN 0021-9924.
157. MARVIN, R. S., PIANTA, R. C. Mothers' reactions to their child's diagnosis: Relations with security of attachment. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, 1996, 25 (4), p. 436-445. ISSN 1537-4416.
158. MAXWELL, L. E., CHMIELEWSKI, E. J. Environmental personalization and elementary school children's self-esteem. In: *Journal of Environmental Psychology*, 2008, 28 (2), p. 143-153. ISSN 02724944, 15229610.
159. MCDOWELL, D. J. et al. Children's Emotional Regulation and Social Competence in Middle Childhood. In: *Marriage & Family Review*, 2002, 34 (4), p. 345-364. ISSN 15409635, 01494929.
160. MCINTOSH, R., VAUGHN, S., ZARAGOZA, N. A review of social interventions for students with learning disabilities. In: *Journal of Learning Disabilities*, 1991, 24 (8), p. 451-458. ISSN 00222194.
161. MEUNIER, J. C., ROSKAM, I. Self-efficacy beliefs amongst parents of young children: Validation of a self-report measure. In: *Journal of Child and Family Studies*, 2009, 18 (5), p. 495-511. ISSN 1573-2843.
162. MONTESSORI, M. *The Secret of Childhood*. London: Sangam Books, 1983. 240 p. ISBN 0-345-30583-3.
163. MONTESSORI, R. *Educateurs sans frontières*. Paris: Éd. Desclée de Brouwer, 2005. 91 p. ISBN 2220044327.

164. NEWCOMB, A. F., BUKOWSKI, W. M., PATTEE, L. Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial and average sociometric status. In: *Psychological Bulletin*, 1993, 113 (1), p. 99-128. ISSN 00332909.
165. ODOM, S. L., MCCONNELL, S. R., MCEVOY, M. A. (Eds.). *Social competence of young children with disabilities: Issues and Strategies for intervention*. Baltimore: P. H. Brookes Pub. Co., 1992, 338 p. ISBN-13: 978-1557669230, ISBN-10: 1557669236.
166. PARKE, R. D., BURIEL, R. Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In: Damon W. et al. *Child and adolescent development: An advanced course*. N. Y.: John Wiley & Sons, 2008, p. 95 – 138. ISSN 1823-884X.
167. PARKE, R. D., O'LEARY, S. E. Family interaction in the newborn period: Some findings, some observations and some unresolved issues. In: K. Riegel et J. Meacham (Eds). *The developing individual in a changing world. Vol. 2: Social and environmental issues*. Paris: The Hague, Mouton, 1976, p. 653-663. ISBN-13: 978-0202361307, ISBN-10: 9780202361307.
168. PAUL, R., LOONEY, S., DAHM, P. Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in "late-talking" young children. In: *Journal of Speech and Hearing Research*, 1991, 34, p. 858–865. ISSN 10924388.
169. PĂIȘI LĂZĂRESCU, M. Teaching language in Pre-school Children Psychological Premises. In: *Научни трудове на русенския университет*, 2008, том 47, серия 5.2, 69, p. 69-71. ISSN 1311-3321.
170. PENFIELD, W., ROBERTS, L. *Speech and Brain Mechanisms*. Princeton: Princeton University Pres, 2014. 302 p. ISBN 9780691615097.
171. POPESCU, O. Children with language and communication impairment in the school environment. In: *Euromentor journal. Studies about education*, March 2016, Volume VII, No. 1, p. 81-92. ISSN 2068-780X.
172. POPESCU, O., STERIAN M. Parental perception of the child's behavior and communication difficulties - psychosocial correlates. In: *Euromentor journal. Studies about education*, March 2016, Volume VII, No. 1, p. 46-56. ISSN 2068-780X.
173. POPESCU, O., NEGOVAN, V., STERIAN, M. Interparental relationships and preparatory class children's self-esteem and self efficacy. In: *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 2015, 187, p. 637-64. ISSN 18770428.
174. PRIZANT, B. M., MEYER, E. C. Socioemotional aspects of language and social-communication disorders in young children and their families. In: *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1993, 2 (3), p. 56-71. ISSN 10580360.

175. PRUTTING, C. A., KITTCNER, D. M. A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. In: *Journal of Speech and hearing Disorders*, 1987, 52(2), p. 105-119. ISSN 0021-9924.
176. Recommendation Rec (2006) 5 of the Committee of Ministers to member states on the Council of Europe *Action Plan to promote the rights and full participation of people with disabilities in society: improving the quality of life of people with disabilities in Europe 2006-2015* [online]. (Adopted by the Committee of Ministers on 5 April 2006 at the 961st meeting of the Ministers' Deputies). [citat 07.03.2016]. Disponibil: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=986865>.
177. RICE, M. L., SELL, M. A., HADLEY, P. A. Social interactions of speech, and language-impaired children. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 1991, 34 (6), p.1299-1307. ISSN 10924388.
178. ROSE-KRASNOR, L. The Nature of Social Competence: A Theoretical Review. In: *Social Development*, 1997, 6 (1), p. 111-135. ISSN 0961205X, 14679507.
179. ROSENBERG, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton, 1965. 326 p. ISBN-10: 0691649448, ISBN-13: 978-0691649443.
180. ROUNDY, L. *The Sensitive Periods of Development: Birth to Age 6*. [online]. [citat 23.12.2013]. Disponibil: <http://education-portal.com/academy/lesson/the-sensitive-periods-of-development-birth-to-age-6.html#lesson>.
181. SCHIE, E. G., WIEGMAN, O. Children and videogames: Leisure activities, aggression, social integration, and school Performance1. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 1997, 27 (13), p. 1175-1194. ISSN 0021-9029.
182. SCHNEIDER, B. H. Didactic methods for enhancing children's peer relations: A quantitative review. In: *Clinical Psychology Review*, 1992, 12, p. 363-382. ISSN 0272-7358.
183. SCHNEIDER, N. J. B. *The Relation between Language and Sociometric Status in School-aged Children*. Tallahassee, Florida: Florida State University, 2008. 340 p. ISBN 978-0205036066
184. SCHUTZ, W. C. *The interpersonal underworld*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books, 1966. 242 p. ISBN 299673363.
185. SEBALD, H. *Adolescence, a sociological analysis*. New York: Meredith Corporation, Educational division. 1968. 537 p, ISBN-13: 978-0130060082, ISBN-10: 0130060089.
186. SHAFFER, D., KIPP, K. *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Belmont: Wadsworth Publishing, 2013. 720 p. ISBN 13-978-0-496-59688-2, ISBN 10-0-495-59-688-4.

187. SIEGLER, R., DELOACHE, J., EISENBERG, N. (Eds.). *Child Development Reader: 15 articles from Scientific American*. New York: Scientific American, Inc./Worth, 2006. 430 p. ISSN 1467-8624.
188. SIEGLER, R., DELOACHE, J., EISENBERG, N. *How Children Develop*. New York: Worth, 2014. 600 p.
189. SILVA GOMES, R. M., SOUSA PEREIRA, A. Influence of Age and Gender in Acquiring Social Skills. In: *Portuguese Preschool Education. Psychology*, 2014, 5 (2), p. 2152-7180.
190. SKINNER, R B. F. *Verbal Behavior*. Cambridge, MA: B. F. Skinner Foundation, 1957. 194 p, ISBN-13: 978-16142786, ISBN-10: 1614278652.
191. SMITH, A. J. et al. Social skills interventions. In: D. W. Nangle, D. J. Hansen, C. A. Erdley, P. J. Norton (Eds.). *Practitioner's guide to empirically based measures of social skills*. New York, NY: Springer Science+Business Medi, 2010, p. 99-114. ISBN 9781441906083.
192. SMITH, A. J. et al. Social skills interventions. In: *Practitioner's guide to empirically based measures of social skills*. New York: Springer, 2010, p. 99-115. ISBN 9781441906083.
193. SPENCE, S. H. Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. In: *Child and Adolescent Mental Health*, 2003, 8 (2), p. 84-96. ISSN 1728-0583.
194. SUSIKARAN, R.S.A. Language development - child language acquisition. Indian Streams. In: *Research Journal* [online]. 2013, vol. 2, issue 12, p.1-4, [citat 15.11.2014]. Disponibil: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer?vid=4&sid=d021>.
195. *The Salamanca Statement and Framework for Action in Special Needs Education*. World Conference on Special Needs Education: Access and Quality. Salamanca, Spain, 7- 10 June 1994. [citat 07.03.2016]. Disponibil: <http://unesdoc.unesco.org/images/0000/000984/098427.pdf>
196. THOMAS, M. S., KNOWLAND, V. Sensitive periods in brain development – implications for education policy. In: *European Psychiatric Review*, 2009, 2 (1), p. 17-20. ISSN 17581354.
197. THOMAS-STONELL, N. et al. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. In: *Journal of Communication Disorders*, 2009, 42 (1), p. 29-42. ISSN 0021-9924.
198. TURNBULL, R. et al. *Exceptional lives: Special education in today's school*. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2012. 480 p. ISBN-13 978-0132821773, ISBN-10: 9780132821773.
199. VARGAS, E. A. B. F. Skinner's Verbal Behavior: an Introduction. In: *Brazilian Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, Belo Horizonte-MG, Brazil, 2007, Vol. IX, n. 2, p. 1-20. ISSN 1809-452X.

200. VRĂȘMAS, T. Curriculum for Children with Disabilities in Inclusive Education. A Literature Review. In: *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, 127, p. 336-341. ISSN 18770428.
201. VRĂȘMAS, T., DAUNT, P. The educational and social integration of children and young people with special needs în Romania: a national programme. In: *European Journal of Special Needs Education*, 1997, 12 (2), p. 137-147. ISSN 1469591X, 08856257.
202. VYGOTSKY, L. S. *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978. 159 p. ISBN-13: 978-0674576292, ISBN-10: 0674576292.
203. VYGOTSKY, L. S. *Thought and Language*. Cambridge, MA: MIT Press, 1986. 351 p. ISBN 0-262-220-29-6, ISBN 0-262-720-10-8.
204. WALKER, H. M. et al. Social skills in school-age children and youth: Issues and best practices in assessment and intervention. In: *Topics in Language Disorders: Pragmatic and Social Skills in School-Age Children and Adolescents*, 1994, 14 (3), p. 70-82. ISSN 0271-8294.
205. WHITE, B., WATTS, J. *Experience and Environment*. Englewood Cliffs. N. J.: Prentice Hall, 1973. 552 p. ISBN 0132948435
206. WOLL, B. Development of signed and spoken languages. In: Gregory S., Knight P., McCracken W., Powers S., Watson L. (Eds.). *Issues in deaf education*. London: David Fulton Publishers, 1998, p. 58-66. ISBN 185346-512-7
207. *World Conference on EFA*, Jomtien, [online], 1990. [citat 18.04.2016]. Disponibil: <http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leadingtheinternationalagenda/education-for-all/the-efa-movement/jomtien-1990/> .
208. ZWAANS, A. et al. Social competence as an educational goal: The role of ethnic composition and the urban environment of the school. In: *Teaching and Teacher Education*, 2008, 24, p. 2118-2131. ISSN 0742051X.



## ANEXE

### Anexa 1. Bateria de instrumente de cercetare

Anexa A1.1. Fișa logopedică și anamneza

CABINETUL LOGOPEDIC INTERȘCOLAR /

Profesor logoped:

Data:

I. Date personale:

**Numele:** ..... **Prenumele:** .....

**Data și locul nașterii** .....

**Vârsta:** ..... **Clasa:** ..... **Școala** .....

**Domiciliul:** Localitatea ..... Str. .... nr. ....

Bloc ..... Scara ..... Etaj ..... Apart. .... Telefon .....

**Tatăl** ..... Vârsta ..... ani . Profesia .....

**Mama** ..... Vârsta ..... ani. Profesia .....

Anamneza

(sarcina și nașterea, antecedente patologice ale copilului, antecedente heredo-colaterale ale familiei, dezvoltarea psihomotorie – ridicarea capului, șezutul, mersul, lalația, primele silabe, cuvinte, propoziții, deprinderi igienico-sanitare, autonomie personală, relațiile în familie, condiții de locuit, atitudinea părinților față de problema copilului, dacă a frecventat grădinița/școala, dacă a mai beneficiat de Intervenție logopedică, relațiile dintre părinți și școala.

.....  
.....  
.....  
.....

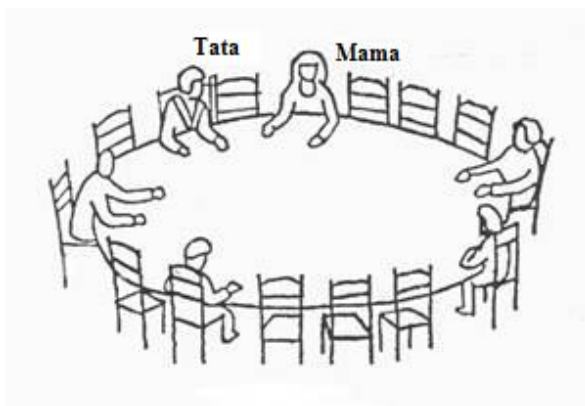
Diagnostic.....

Acordul părintelui pentru includerea copilului în programul de terapie a tulburărilor de vorbire și de suport pentru integrarea socială

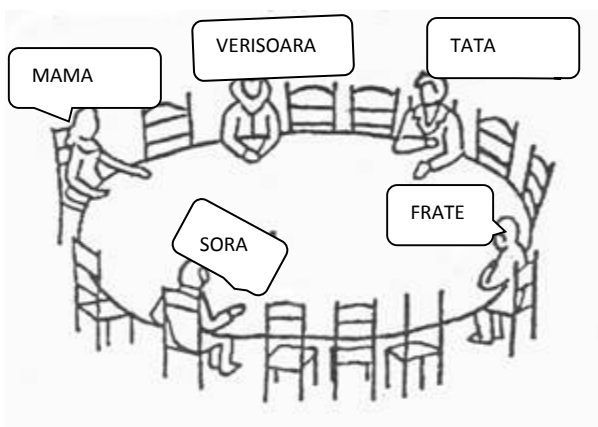
Semnatura

**Aici este o masă la care stau diferite persoane.**

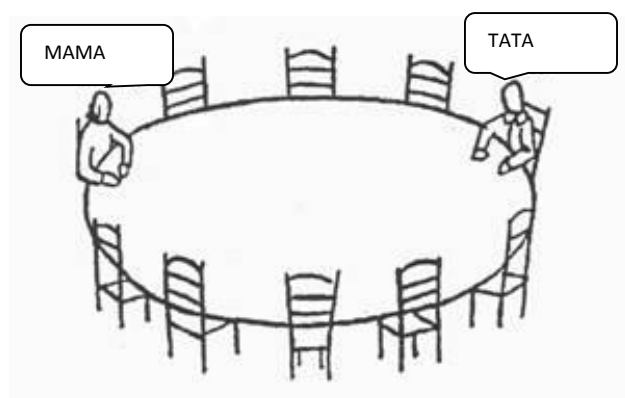
1. Marchează cu un X unde te vei așeza.



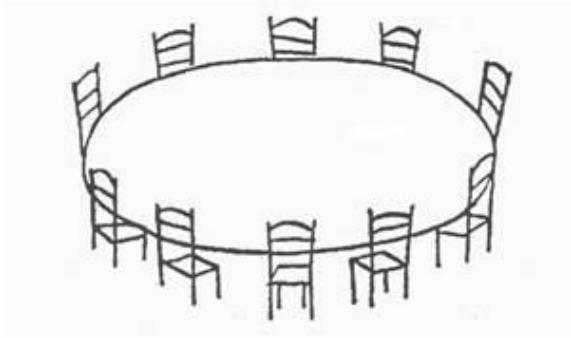
2. Marchează cu un X unde te vei așeza.



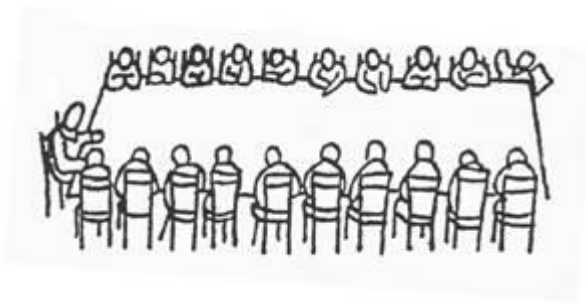
3. Marchează cu un X unde te vei așeza.



4. Acum plasează tu la această masă mai multe persoane: tata, mama, fratele, sora sau prieteni, colegi de clasa.



5. La această masă stau mai mulți oameni. Pe persoana din capul mesei o cunoști bine - cine este persoana? În cazul în care ai sta jos unde ai fi tu?



6. Tu și familia ta ești în vacanță la niște prieteni care au o casă mare. Familia ta a ocupat deja mai multe camere. Marchează cu un X camera în care vei sta tu.

Fratele				Mama și tata
Sora				

7. Marchează din nou cu un X, camera în care vei sta tu

Mama și tata				
Bunicul și bunica				

8. Spune cine va sta în aceste camere, inclusiv tu.

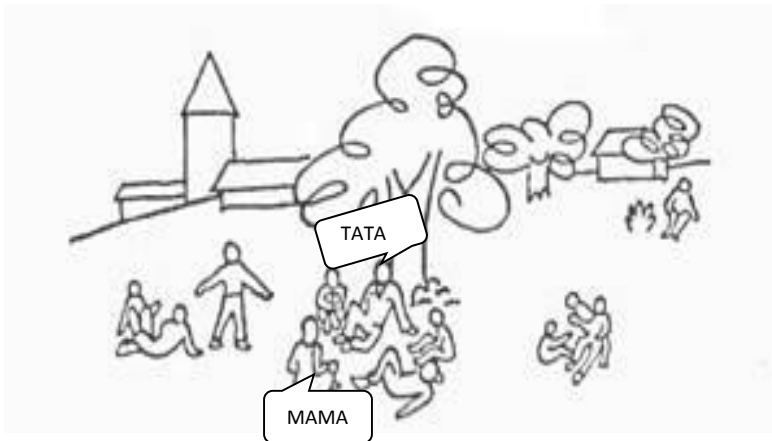

9. Dacă ar fi să faci o surpriză plăcută unei persoane, care ar fi această persoană (pe cine ai alege?). Scrie mai jos:

10. Ai ocazia să pleci într-o vacanță dar nu mai sunt decât două bilete de tren. Pe cine ai alege să meargă cu tine? Scrie mai jos:

11. Ai pierdut ceva, care costă foarte mult. Cu cine vei vorbi prima dată despre acest necaz?  
Scrie mai jos:

12. Ai dureri mari de dinți, și trebuie să mergi la doctor pentru a scoate dintele bolnav. a) Vei merge singur/ă? b) Sau cu cineva?, c) Dacă mergi cu cineva, cine această persoană ? Scrie mai jos:

14. Desenul de mai jos reprezintă o excursie prin oraș. Marchează cu un X unde ești tu.



15. Desenul de mai jos reprezintă o altă excursie. Marchează cu un X unde ești tu acum.



16. Marchează, din nou, cu un X, unde ești tu acum.



17. Plasează în acest desen mai mulți oameni printre care și tu. Cine sunt acești oameni ? Unde ești tu ?



19. Pleci undeva foarte departe de familia ta. De cine îți va fi cel mai dor? Scrie mai jos :

20. Tu și colegii tăi sunteți la plimbare. Marchează cu un X, unde ești tu.



21. Cu cine îți place să te joci? Cu : a) colegi de vârsta ta, b) colegi mai mici, c) colegi mai mari? Subliniază unul din cele trei răspunsuri posibile

22. Aici este un loc de joacă. Marchează cu un X, unde ești tu.



23. Aici colegii tăi se ceartă pentru un motiv pe care nu îl cunoști. Marchează cu un X, unde ești tu.



24. Aici colegii tăi discută organizarea unui joc. Marchează cu un X, unde ești tu.



25. Un coleg te-a împins intenționat și ai căzut. Ce vei face: a) vei plânge?, b) te vei plânge la profesor?, c) îl vei lovi?, d) îi vei reproșa? e) Nu vei spune nimic? Subliniază unul dintre răspunsuri

27. Îți ajuți mama : a) mult?, b) puțin? c) Foarte rar? Sublinia unul dintre aceste răspunsuri

29. Împreună cu colegii ești într-o excursie. Femeia explică ceva. Marchează cu un X, unde ești.



30. Ești într-o altă excursie și toți stau așezați pe iarbă. Marchează cu un X, unde ești tu.



33. Unul dintre colegii tăi râde de tine. Ceea ce vei face : a) Vei plânge?, b) Vei ridica din umeri? c) Vei râde la rândul tău de el?, d) Îl vei jigni (insulta), e) Îl vei lovi? Subliniază unul dintre răspunsuri.

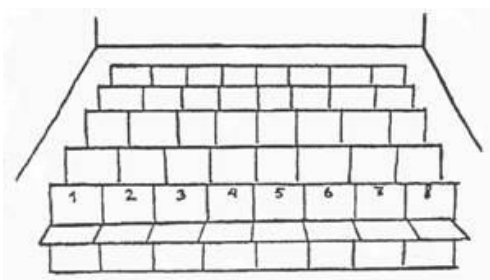
34. Unul dintre colegii tăi râde de prietenul/prietena tău/ta. Ceea ce vei face : a) Vei plânge?, b) Vei ridica din umeri? c) Vei râde la rândul tău de el?, d) Îl vei jigni (insulta), e) Îl vei lovi? Subliniază unul dintre răspunsuri.

35. Colegul tău ți-a luat stiloul fără permisiunea ta? Ceea ce vei face : a) Vei plange?, b) Te vei plânge?, c) Vei striga?, d) Vei încerca să îl iai înapoi? e) Îl vei bate? Subliniază unul dintre aceste răspunsuri

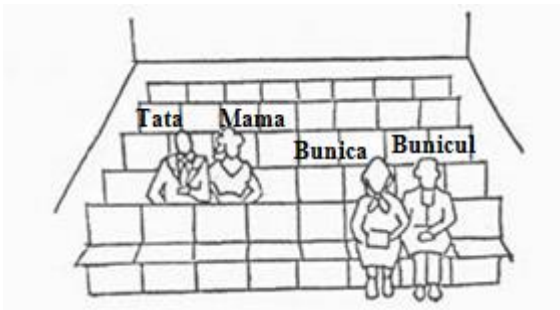
37. Tata nu îți dă voie să mergi la o plimbare. Ce vei face: a) nu vei zice nimic?, b) te vei strâmba (vei face grimase)?, c) vei începe să plângi?, d) vei protesta?, e) Vei încerca să mergi în ciuda interdicției? Subliniază unul dintre aceste răspunsuri.

38. Mama nu îți dă voie să mergi la o plimbare. Ce vei face: a) nu vei zice nimic?, b) te vei strâmba (vei face grimase)?, c) vei începe să plângi?, d) vei protesta?, e) Vei încerca să mergi în ciuda interdicției? Subliniază unul dintre aceste răspunsuri.

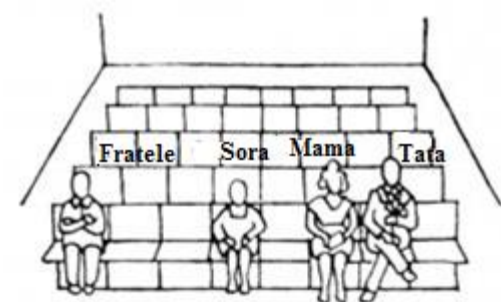
40. Ești la cinema împreună cu familia. Marchează cu un X unde te vei așeza. Unde stau ceilalți membri ai familiei? Cine a venit la cinema împreună cu tine ?



41. În sala de cinema, există multe locuri goale. Mama și tata precum și bunicul și bunica și-au ocupat deja locurile. Marchează cu un X unde te vei așeza tu.



42. Din nou la cinema. Mama și tata precum și sora și fratele și-au ocupat deja locurile. Marchează cu un X unde te vei așeza tu.



Anexa A1.3. Chestionarul cu privire la personalitatea copiilor (Grigoriu Serbanescu)

Stimați părinți

Vă rugăm să citiți cu atenție întrebările de mai jos cu privire la comportamentul copilului dumneavoastră și apoi să bifați într-una din coloanele alăturate răspunsul care descrie cel mai exact comportamentul implicat de întrebare.	Foarte puțin	Putin	Potrivit	Mult	Foarte mult
(2). Când este în dezacord cu ceilalți copii manifestă agresivitate verbală (vorbește urât, jignește, țipă, amenință)?					
(6). În timp ce lucrează, când așteaptă sau când i se cere să stea cuminte, se mișcă inutil (dă din picioare, din mâini etc.)?					
(8). Se supune interdicțiilor de acasă și de la grădiniță?					
(9). Este perseverent/ă în realizarea activităților mai dificile (obligații la grădiniță, jocuri care solicită gândire și răbdare)- le duce până la capăt chiar dacă întâlnește un obstacol ?					
(11). Când nu-i reușește un lucru pe care îl face singur, se irită, plânge sau se înfurie?					
(13). Plânge, se irită, pentru motive care n-au importanță?					
(18). I se schimbă repede (de la o zi la alta) atitudinea față de prietenii lui sau față de aceleași persoane din familie?					
(21). Când are o controversă, fie cu copiii, fie cu adulții, ține mult să iasă învingător?					
(24). Este un copil încăpățânat care acceptă cu greu părerile altora?					
(25). Când are neînțelegeri cu ceilalți copii pleacă supărat?					
(31). Pretinde sau simte nevoia să i se acorde mai multă atenție decât celorlalți copii, suferă dacă este neglijat?					
(33). Acceptă amânarea satisfacerii unei dorințe sau renunțarea la ea fără a se supăra (plâns, reacții de opoziție) ?					
(34). Interesul său pentru o activitate care la început l-a atras, se menține, chiar dacă pe parcurs constată că e mai puțin atractivă decât se aștepta la început?					
(37). Refuză sau amână să facă, ceea ce nu-i place ?					
(39). Trece de la o acțiune la alta fără a termina vreuna, sub motiv că se plictisește?					
(41). Se concentrează greu și pentru scurt timp la activități, chiar dacă nu este obosit?					
(43). Îl impresionează supărările altor copii și încearcă să-i consoleze sau să-i ajute după puterile lui?					
(44). Renuță în favoarea unui frate sau a unui prieten atunci când se împarte ceva și nu ajunge pentru toți?					
(45). Îi place să comande celorlalți copii de aceeași vârstă?					
(49). Când este în conflict cu alți copii trece la agresiune fizică?					
(51). Se entuziasmează ușor pentru diferite lucruri și se dezamăgește tot atât de ușor?					
(58). Suportă cu dificultate disciplina, se joacă în clasă fără să fie atent la activitățile comune, intră în conflict cu educatorii, colegii etc. ?					

Vă rugăm bifați în coloanele de mai jos cum apreciați, în general, comportamentul copilului în familie:

Manifestă frecvent comportamente indezirabile	
Manifestă rar comportamente indezirabile	
Manifestă foarte rar spre niciodată comportamente indezirabile	



Anexa A1.4. Scala Stimei de sine (Rosenberg)

Bifați în coloanele alaturate măsura în care vi se potrivesc afirmațiile de mai jos	Foarte puțin	Putin	Potrivit	Mult	Foarte mult
1. In general sunt mulțumit/ă de mine					
2. Uneori simt că nu sunt bun/ă de nimic					
3. Cred că am multe calități					
4. Sunt capabil/ă să fac lucruri la fel de bune ca majoritatea celor din jurul meu					
5. Simt că nu am prea multe calități de care să fiu mândru/mândră					
6. Mă simt frecvent nefolositor/nefolositoare					
7. Simt că sunt la fel de important/ă ca majoritatea copiilor din jurul meu					
8. Aș vrea să pot să am mai mult respect față de mine însumi/însămi					
9. Sunt înclinat/ă să simt că eșuez					
10. Îmi place de mine așa cum sunt					

Anexa A1.5. Scala autoeficacității (Copeland, Nelson, Traugher, 2010)

Vă rugăm să bifați în coloanele alăturate răspunsul potrivit pentru dumneavoastră la întrebarea					
	Foarte puțin	Putin	Potrivit	Mult	Foarte mult
1. Știu ceea ce fac bine la activitățile pe care le am					
2. Sunt mândru/ă de realizările mele					
3. Sunt sigur/ă de mine când fac ceva					
4. Știu ceea ce se așteaptă de la mine					
5. Îmi este ușor să mă descurc cu activitățile					
6. Sunt un copil amuzant					
7. Știu să obțin ce vreau/doresc					
8. Cei din jur îmi spun că sunt simpatic/ă					
9. Atunci când nu înțeleg ce spune cineva insist să îmi explice					
10. Sunt foarte bun/ă în ceea ce fac					

Anexa A1.6. Chestionarul cu privire la relațiile dintre părinții copilului (Carol Noll Hoskins)

Stimați părinți

Vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde cu sinceritate la următoarele întrebări cu privire la relațiile cu soțul/soția dumneavoastră.

Vă asigurăm că răspunsurile vor fi utilizate doar pentru analiza lor în relație cu comportamentul copilului dumneavoastră și nu se va face niciodată referire la numele dumneavoastră sau al copilului. Vă mulțumim anticipat!

Bifați în coloanele alaturate măsura în care vi se potrivesc afirmațiile de mai jos	Foarte puțin	Putin	Potrivit	Mult	Foarte mult
Chiar dacă aş putea să dorm până mai târziu, mă scol de obicei deoarece așa vrea partenerul meu.					
De obicei cedez pentru a avea pace dacă partenerul meu îmi explică de ce crede că opiniile mele sunt greșite.					
Dacă partenerul meu mă trezește, încerc să fiu drăguț/ă chiar dacă nu simt asta.					
Dacă partenerul meu nu înțelege nevoia mea de a avea banii mei, nu fac o problemă din asta.					
Încerc să fiu de acord cu ideile partenerului meu asupra activităților de week-end chiar atunci când am alte gânduri.					
Dacă partenerul meu obiectează când spun ceva, încerc să nu renunț					
Fiecare dintre noi își pune propriile interese pe primul plan când ne planificăm timpul liber.					
Când nu suntem de acord cu vreun aspect al vieții noastre de familie fiecare încearcă să și le impună pe cele proprii.					
Când ideile noastre pentru week-end sunt diferite, încerc să mi le impun pe ale mele					
În orice problemă, fiecare dintre noi încearcă să își impună propriul punct de vedere.					
Decidem împreună în tot ceea ce privește familia noastră					
Ne înțelegem îngrijorările reciproce chiar dacă nu le împărtășim					
Chiar dacă partenerul meu are de lucru, știu că el îl va da deoparte dacă eu am nevoie de timp împreună cu el.					
Cheltuim bani în funcție de felul în care cădem de acord că ne putem permite.					
Partenerul meu ia în considerare interesele mele la fel ca și pe ale lui când planifică timpul liber.					

Anexa A1.7. Chestionarul sociometric

Cititi/ascultați cu atenție următoarele întrebări și răspundeți cât mai sincer la ele.

Alegeți numai dintre colegii de clasă.

1. Cu cine ți-ar place să stai în bancă la toate orele de la școală?

1.

2.

3.

2. Cu cine ți-ar place să te joci în parc?

1.

2.

3.

3. Lângă cine ți-ar place să stai la masă?

1.

2.

3.

Sociomatrice

1 – 1-2 alegeri

2 – 3-5 alegeri

3 – 5-9 alegeri

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	xx																			
2		xx																		
3			xx																	
4				xx																
5					xx															
6						xx														
7							xx													
8								xx												
9									xx											
10										xx										
11											xx									
12												xx								
13													xx							
14														xx						
15															xx					
16																xx				
17																	xx			
18																		xx		
19																			xx	
20																				xx

Anexa A1.8. Scala percepției copilului de către părinți

Vă rugăm bifați în coloanele alăturate măsura în care propozițiile de mai jos sunt adevărate pentru dumneavoastră

Copilul meu este	Foarte des	Uneori	Rar
1. Inhibat/ă în relațiile cu membrii familiei			
2. Inhibat/ă în relațiile cu prietenii noștri de familie			
3. Retras/ă (evită să vorbească)			
4. Timorat/ă atunci când trebuie să răspundă la întrebări uzuale în casă sau cu prietenii			
Familia noastră este	Foarte des	Uneori	Rar
1. Evitată de rude și vecini copilului			
2. Evitată de colegii de serviciu și prieteni			
3. Criticată din cauza comportamentului copilului			
4. Stânjenită în relațiile cu vecinii și prietenii			
5. Divizată de atitudini diferite față de problemele copilului			

Anexa A1.9. Grila de evaluare de către cadrul didactic a comportamentului prosocial al copilului în ce măsură sunt adevărate afirmațiile de mai jos cu privire la elevii din lista atașată

	Foarte mică	Mică	Potrivită	Mare	Foarte mare
	5	4	3	2	1
Inhibat în relațiile cu colegii					
Inhibat în relațiile cu învățătoarea					
Evitat de colegi					
Retras					
Timorat atunci când trebuie să răspundă					

Anexa A1.10. Proba Alice Descoedres pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului

PROBA/ITEM	RĂSPUNS	PUNCTAJ
Proba 1 – <i>Contrarii (cu obiecte și imagini)</i> 1. Imaginea unei ciuperci <i>mari</i> și a uneia <i>mici</i> . 2. O peniță <i>nouă</i> și una <i>veche</i> 3. O bucată de fier <i>tare</i> și o bucată de cauciuc <i>moale</i> 4. Imaginea unui bloc <i>înalt</i> și a unei case <i>scunde</i> 5. O bucată de hârtie <i>netedă</i> și un glaspapir <i>zgrunțuros</i> 6. Imaginea unui <i>bătrân</i> și a unui <i>tânăr</i> 7. O bucată de stofă <i>călcată</i> și una <i>mototolită</i> 8. Imaginea unui copil <i>vesel</i> și a unui copil <i>trist</i> 9. Desenul unei linii <i>drepte</i> și al uneia <i>curbe</i> 10. O cutie <i>goală</i> și una <i>plină</i> cu cuie		
TOTAL PUNCTAJ		
Proba 2 – <i>Completarea lacunelor dintr-un text vorbit</i> a. S-a făcut frumos, cerul este ..... (albastru) b. Soarele este foarte ..... (fierbinte) c. Ioana și Maria se plimbă pe câmp. Ele adună ..... (flori) d. Ele sunt foarte mulțumite, auzind cântecele frumoase ale micilor ..... (păsărele) e. Deodată cerul se întunecă, se acoperă de ..... (nori) f. Fetițele se grăbesc să se întoarcă ..... (acasă) g. Înainte de-a ajunge acasă a început o mare ..... (furtună) h. Fetițele se sperie de zgomotul ..... (tunetului) i. Ele roagă să fie adăpostite într-o casă, deoarece plouă puternic și nu au ..... (umbrelă), iar hainele lor erau complet ..... (ude)		
TOTAL PUNCTAJ		
Proba 3 – <i>Repetare de numere</i> Seria I 2 – 4 II 5 – 6 – 3 III 4 – 7 – 3 – 2 IV 8 – 4 – 6 – 5 – 9 V 6 – 9 – 2 – 3 – 4 – 8		
TOTAL PUNCTAJ		
Proba 4 – <i>Cunoașterea a 6 materii</i> Din ce sunt făcute? - cheia - masa - lingurița - fereastra - pantofii - casele		
TOTAL PUNCTAJ		

PROBA/ITEM	RĂSPUNS	PUNCTAJ
Proba 5 – <i>Contrarii fără obiecte sau imagini</i> 1. cald ..... 2. uscat ..... 3. frumos ..... 4. neascultător ..... 5. curat ..... 6. mare ..... 7. ușor .....		

8. vesel .....		
TOTAL PUNCTAJ		
Proba 6 – <i>Denumirea a 10 culori</i> - roșu - verde - negru - roz - alb - violet - gri - galben - maron - albastru		
TOTAL PUNCTAJ		
Proba 7 – <i>Cunoașterea sensului verbelor</i> Seria I - a tuși - a fricționa - a câștiga - a arunca - a spăla - a respira Seria a II-a - a scrie - a se apleca - a se balansa - a se ridica - a sări - a împinge (ceva)		
TOTAL PUNCTAJ		
TOTAL PUNCTAJ PROBĂ		
VÂRSTA PSIHOLOGICĂ A LIMBAJULUI		

#### CALCULAREA VÂRSTEI PSIHOLOGICE A LIMBAJULUI

Proba	Coeficientul corespunzător vârstelor				
	3 ani	4 ani	5 ani	6 ani	7 ani
I. Contrarii (cu obiecte și imagini)	4	5	6	8	12
II. Lacune	2	3	4	6	8
III. Cifre	3	3	4	5	5
IV. Materii	3	4	5	6	6
V. Contrarii (fără obiecte și imagini)	4	5	6	7	8
VI. Culori	2	3	4	6	8
VII. Verbe	4	6	8	9	11
TOTAL	22	29	37	47	58

Se adună valorile realizate de fiecare copil pentru fiecare probă. Apoi se adună punctajul realizat la cele 7 probe, iar suma se împarte la 7 și se obține vârsta psihologică a limbajului, care poate să corespundă sau nu vârstei cronologice.

## Anexa 2. Caracteristici demografice ale participanților la cercetare (copii și adulți)

Tabelul A2.1. Distribuția participanților copii în funcție de vârstă și tipul de familie

		Condiția experimentală		
		Grup copii cu TL		Grup copii fără TL
		evaluare initiala	evaluare finala	evaluare initiala
Tip familie	Familie traditionala	106	106	57
	Parinti divortati	6	6	0
	Un parinte decedat	5	5	2
	Un parinte in strainatate	3	3	1
Total		120	120	60

Tabelul A2.2. Distribuția participanților copii în funcție de mediul de proveniență

		Condiția experimentală		
		Grup copii cu TL		Grup copii fără TL
		evaluare initiala	evaluare finala	evaluare initiala
Mediul de provenienta	urban	93	93	46
	rural	27	27	14
Total		120	120	60

Tabelul A2.3. Distribuția participanților copii în funcție de diagnostic și vârstă

a Condiția experimentală = Copii cu TL- evaluare initiala		Diagnostic logopedic		Total
		Dislalie monomorfa	Dislalie polimorfa	
Varsta	6	28	31	59
	7	33	28	61
Total		61	59	120

Tabelul A2.4. Distribuția participanților copii în funcție de diagnostic și gen

a Condiția experimentală = Copii cu TL- evaluare initiala		Diagnostic logopedic		Total
		Dislalie monomorfa	Dislalie polimorfa	
Gen	masculin	39	37	76
	feminin	22	22	44
Total		61	59	120

Tabelul A2.5. Distribuția participanților copii în funcție de condiția experimentală și vârsta tatălui

		Condiția experimentală	
		Grup copii cu TL	Grup copii fără TL
		Evaluare inițială	Evaluare inițială
Categoriile de varsta tata	20 - 29 ani	23	4
	30 - 39 ani	80	37
	40 -49 ani	17	19
Total		120	60

Tabelul A2.6. Distribuția participanților copii în funcție de condiția experimentală și vârsta mamei

		Condiția experimentală	
		Grup copii cu TL	Grup copii cu TL
		Evaluare inițială	Evaluare inițială
Categoriile de varsta mama	20 - 29 ani	14	10
	30 - 39 ani	72	41
	40 -49 ani	34	9
Total		120	60

**Anexa 3. Testul T al semnificației diferenței dintre scorurile medii ale indicatorilor capacităților intrapersonale de integrare în grup a copiilor cu TL în funcție de gen**

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Varsta psihologica limbaj	Equal variances assumed	,662	178	,509	,06737	,10173	-,13338	,26813
	Equal variances not assumed	,639	127,791	,524	,06737	,10546	-,14130	,27604
Toleranta frustrare	Equal variances assumed	-,779	178	,437	-,08892	,11413	-,31414	,13631
	Equal variances not assumed	-,766	136,515	,445	-,08892	,11606	-,31842	,14059
Stabilitate emotionala	Equal variances assumed	-,241	178	,810	-,03369	,13976	-,30948	,24210
	Equal variances not assumed	-,238	138,476	,812	-,03369	,14152	-,31350	,24613
Egocentris m	Equal variances assumed	-,353	178	,724	-,04348	,12315	-,28650	,19955
	Equal variances not assumed	-,372	167,543	,710	-,04348	,11676	-,27400	,18704
Stima de sine	Equal variances assumed	,820	178	,413	,08656	,10557	-,12176	,29489
	Equal variances not assumed	,826	147,838	,410	,08656	,10478	-,12050	,29363
Autoeficacitatea	Equal variances assumed	,257	178	,798	,01763	,06869	-,11793	,15318
	Equal variances not assumed	,251	133,886	,802	,01763	,07025	-,12132	,15657
Conflict agresivitate	Equal variances assumed	,553	178	,581	,09322	,16857	-,23942	,42587
	Equal variances not assumed	,552	143,692	,582	,09322	,16880	-,24042	,42687
Frustrare	Equal variances assumed	,612	178	,542	,09127	,14922	-,20320	,38573
	Equal variances not assumed	,622	151,806	,535	,09127	,14685	-,19886	,38139
Izolare	Equal variances assumed	,868	178	,386	,22327	,25716	-,28421	,73075
	Equal variances not assumed	,918	168,522	,360	,22327	,24315	-,25675	,70329
Comunicabilitate	Equal variances assumed	-,923	178	,357	-,17000	,18412	-,53333	,19334
	Equal variances not assumed	-,898	131,271	,371	-,17000	,18938	-,54463	,20464



**Anexa 4. Analiza diferențială în raport cu tipul de dislalie a scorurilor indicatorilor  
capacităților intrapersonale de integrare în grup a copiilor cu TL**

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Varsta psihologica limbaj	Equal variances assumed	-,921	118	,359	-,10947	,11887	-,34487	,12592
	Equal variances not assumed	-,923	116,800	,358	-,10947	,11860	-,34436	,12541
Toleranta frustrare	Equal variances assumed	2,538	118	,012	,32426	,12777	,07124	,57727
	Equal variances not assumed	2,533	115,089	,013	,32426	,12804	,07064	,57787
Stabilitate emotionala	Equal variances assumed	1,650	118	,102	,24979	,15140	-,05002	,54960
	Equal variances not assumed	1,646	113,968	,103	,24979	,15179	-,05091	,55049
Egocentris m	Equal variances assumed	,274	118	,785	,04029	,14726	-,25132	,33190
	Equal variances not assumed	,274	117,952	,785	,04029	,14712	-,25106	,33164
Stima de sine	Equal variances assumed	1,258	118	,211	,16782	,13345	-,09643	,43208
	Equal variances not assumed	1,257	117,401	,211	,16782	,13353	-,09662	,43227
Autoeficaci tatea	Equal variances assumed	-1,914	118	,058	-,16032	,08375	-,32616	,00552
	Equal variances not assumed	-1,910	114,270	,059	-,16032	,08395	-,32663	,00599
Conflict agresivitate	Equal variances assumed	-,067	118	,947	-,01361	,20310	-,41581	,38858
	Equal variances not assumed	-,067	116,995	,947	-,01361	,20267	-,41500	,38777
Frustrare	Equal variances assumed	-2,562	118	,012	-,43957	,17157	-,77932	-,09982
	Equal variances not assumed	-2,556	114,758	,012	-,43957	,17196	-,78019	-,09895
Izolare	Equal variances assumed	,192	118	,848	,06391	,33241	-,59435	,72217
	Equal variances not assumed	,191	95,142	,849	,06391	,33499	-,60112	,72893
Comunicabi litatea	Equal variances assumed	1,026	118	,307	,16810	,16379	-,15625	,49246
	Equal variances not assumed	1,027	117,914	,306	,16810	,16363	-,15592	,49213

## Anexa 5. Corelația dintre condiția familială și capacitățile intrapersonale ale copiilor

cu TL

Pearson	Vârsta mamă	Numar frati	Varsta psihologica limbaj	Toleranta frustrare	Stabilitate emotionala	Egocen trism	Stima de sine	Autoefica citatea	Conflict agresivitate	Frustrare	Izolare	Relația semenii
Vârsta tată	<b>,634**</b>	,179	-,122	,074	<b>,595*</b>	,008	,052	<b>,610**</b>	,119	,009	,105	-,008
	<b>,000</b>	,050	,186	,420	<b>,015</b>	,927	,572	<b>,009</b>	,194	,926	,252	,934
Vârsta mamă	1	<b>,544**</b>	-,053	-,116	<b>,760**</b>	,062	-,047	,161	,088	-,098	,075	,021
		<b>,007</b>	,565	,207	<b>,000</b>	,498	,612	,080	,338	,288	,414	,821
Numar frati		1	<b>,573*</b>	-,064	<b>,539*</b>	,034	,158	-,013	-,030	<b>,501*</b>	<b>,493*</b>	-,139
			<b>,016</b>	,490	<b>,022</b>	,711	,085	,886	,745	<b>,031</b>	<b>,037</b>	,131
Toleranta frustrare				1	<b>,486*</b>	-,016	,162	<b>-,494*</b>	-,058	-,098	-,083	<b>,554**</b>
					<b>,042</b>	,858	,077	<b>,033</b>	,529	,285	,370	<b>,005</b>
Stabilitate emotionala					1	<b>,497*</b>	<b>,534*</b>	,058	,164	<b>,486*</b>	,160	,141
						<b>,031</b>	<b>,010</b>	,526	,073	<b>,041</b>	,080	,125
Egocentrism						1	,031	,005	-,045	,061	<b>,595**</b>	-,129
							,737	,959	,624	,510	<b>,001</b>	,161
Stima de sine							1	,080	<b>,483*</b>	<b>,571**</b>	,065	,011
								,385	<b>,046</b>	<b>,003</b>	,478	,908
Autoeficacitatea								1	<b>,503*</b>	-,090	-,091	-,019
									<b>,026</b>	,327	,324	,834
Conflict agresivitate									1	<b>,655**</b>	,029	<b>,520*</b>
										<b>,000</b>	,754	<b>,016</b>
Frustrare										1	<b>,556**</b>	-,079
											<b>,005</b>	,393
Izolare											1	<b>-,541**</b>
												<b>,008</b>
												120

## Anexa 6. Analiza comparată a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu și fără TL

Tabelul A6.1. Compararea statistică a mediilor căpătate în grupul experimental și de control I

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatia mama	Equal variances assumed	-1,369	118	,173	-,53333	,38946	-1,30456	,23790
	Equal variances not assumed	-1,369	113,973	,174	-,53333	,38946	-1,30484	,23818
Relatia tata	Equal variances assumed	2,984	118	,003	1,23333	,41331	,41486	2,05181
	Equal variances not assumed	2,984	115,967	,003	1,23333	,41331	,41471	2,05196
Relatia parinti cuplu	Equal variances assumed	1,241	118	,217	,63333	,51014	-,37689	1,64355
	Equal variances not assumed	1,241	117,992	,217	,63333	,51014	-,37689	1,64355
Relatia frati surori	Equal variances assumed	,240	118	,811	,13333	,55574	-,96719	1,23386
	Equal variances not assumed	,240	117,277	,811	,13333	,55574	-,96726	1,23393
Relatia prieteni	Equal variances assumed	1,821	118	,071	,56667	,31122	-,04962	1,18296
	Equal variances not assumed	1,821	117,043	,071	,56667	,31122	-,04968	1,18301
Relatia cadre didactice	Equal variances assumed	-,057	118	,955	-,01667	,29349	-,59785	,56452
	Equal variances not assumed	-,057	113,679	,955	-,01667	,29349	-,59808	,56475

Tabelul A6.2. Compararea statistică a mediilor căpătate în grupul experimental și de control II

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatia mama	Equal variances assumed	-10,218	118	,000	-4,63333	,45347	-5,53132	-3,73535
	Equal variances not assumed	-10,218	101,651	,000	-4,63333	,45347	-5,53282	-3,73385
Relatia tata	Equal variances assumed	-9,090	118	,000	-4,51667	,49688	-5,50062	-3,53271
	Equal variances not assumed	-9,090	101,746	,000	-4,51667	,49688	-5,50225	-3,53108
Relatia parinti cuplu	Equal variances assumed	-5,904	118	,000	-2,98333	,50528	-3,98392	-1,98275
	Equal variances not assumed	-5,904	117,985	,000	-2,98333	,50528	-3,98392	-1,98274
Relatia frati surori	Equal variances assumed	,616	118	,539	,41667	,67644	-,92286	1,75619
	Equal variances not assumed	,616	109,871	,539	,41667	,67644	-,92389	1,75722
Relatia prieteni	Equal variances assumed	-7,669	118	,000	-2,01667	,26296	-2,53740	-1,49593
	Equal variances not assumed	-7,669	109,757	,000	-2,01667	,26296	-2,53780	-1,49553
Relatia cadre didactice	Equal variances assumed	-5,228	118	,000	-1,61667	,30923	-2,22904	-1,00430
	Equal variances not assumed	-5,228	117,316	,000	-1,61667	,30923	-2,22907	-1,00426

Tabelul A6.3. Compararea statistică a mediilor căpătate în grupul de control I și II

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatia mama	Equal variances assumed	-8,473	118	,000	-4,10000	,48388	-5,05822	-3,14178
	Equal variances not assumed	-8,473	112,050	,000	-4,10000	,48388	-5,05875	-3,14125
Relatia tata	Equal variances assumed	-11,076	118	,000	-5,75000	,51914	-6,77804	-4,72196
	Equal variances not assumed	-11,076	109,295	,000	-5,75000	,51914	-6,77889	-4,72111
Relatia parinti cuplu	Equal variances assumed	-7,129	118	,000	-3,61667	,50734	-4,62134	-2,61199
	Equal variances not assumed	-7,129	117,957	,000	-3,61667	,50734	-4,62135	-2,61199
Relatia frati surori	Equal variances assumed	,430	118	,668	,28333	,65826	-1,02021	1,58687
	Equal variances not assumed	,430	105,565	,668	,28333	,65826	-1,02180	1,58847
Relatia prieteni	Equal variances assumed	-9,255	118	,000	-2,58333	,27911	-3,13606	-2,03061
	Equal variances not assumed	-9,255	104,750	,000	-2,58333	,27911	-3,13678	-2,02989
Relatia cadre didactice	Equal variances assumed	-5,699	118	,000	-1,60000	,28077	-2,15600	-1,04400
	Equal variances not assumed	-5,699	116,314	,000	-1,60000	,28077	-2,15609	-1,04391

Tabelul A6.4. Compararea statistică a scorurilor căpătate în grupul de copii cu TL și fără TL

	Test Statistics <sup>a</sup>					
	Relatia mama	Relatia tata	Relatia parinti cuplu	Relatia frati surori	Relatia prieteni	Relatia cadre didactice
Mann-Whitney U	808,000	690,500	1096,500	3225,000	1031,000	1750,500
Wilcoxon W	8068,000	7950,500	8356,500	5055,000	8291,000	9010,500
Z	-8,557	-8,912	-7,686	-1,221	-7,963	-5,685
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,222	,000	,000

a. Grouping Variable: TL fara TL

### Anexa 7. Analiza comparată în raport cu tipul de dislalie a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu TL

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatia mama	Equal variances assumed	,875	118	,383	,34232	,39133	-,43262	1,11725
	Equal variances not assumed	,869	99,244	,387	,34232	,39399	-,43942	1,12406
Relatia tata	Equal variances assumed	-,061	118	,952	-,02612	,42868	-,87502	,82278
	Equal variances not assumed	-,061	117,173	,951	-,02612	,42783	-,87341	,82117
Relatia parinti cuplu	Equal variances assumed	,010	118	,992	,00500	,51353	-1,01194	1,02194
	Equal variances not assumed	,010	116,739	,992	,00500	,51414	-1,01325	1,02326
Relatia frati surori	Equal variances assumed	-,052	118	,959	-,02890	,55595	-1,12983	1,07204
	Equal variances not assumed	-,052	117,969	,959	-,02890	,55579	-1,12951	1,07172
Relatia prieteni	Equal variances assumed	-,874	118	,384	-,27508	,31458	-,89804	,34788
	Equal variances not assumed	-,873	116,211	,384	-,27508	,31506	-,89909	,34893
Relatia cadre didactice	Equal variances assumed	-,145	118	,885	-,04251	,29351	-,62373	,53871
	Equal variances not assumed	-,145	117,997	,885	-,04251	,29337	-,62346	,53843

### Anexa 8. Analiza comparată în raport cu genul a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatia mama	Equal variances assumed	-,056	178	,955	-,02742	,48994	-,99427	,93943
	Equal variances not assumed	-,056	147,850	,955	-,02742	,48628	-,98838	,93354
Relatia tata	Equal variances assumed	-1,108	178	,269	-,61065	,55109	-1,69816	,47686
	Equal variances not assumed	-1,099	140,337	,274	-,61065	,55582	-1,70951	,48821
Relatia parinti cuplu	Equal variances assumed	,108	178	,914	,05288	,48961	-,91332	1,01907
	Equal variances not assumed	,106	137,022	,915	,05288	,49734	-,93058	1,03634
Relatia frati surori	Equal variances assumed	-,615	178	,540	-,32550	,52962	-1,37064	,71964
	Equal variances not assumed	-,615	144,760	,539	-,32550	,52914	-1,37134	,72034
Relatia prieteni	Equal variances assumed	,774	178	,440	,22679	,29312	-,35165	,80524
	Equal variances not assumed	,785	150,989	,434	,22679	,28898	-,34417	,79775
Relatia cadre didactice	Equal variances assumed	1,781	178	,077	,48218	,27066	-,05194	1,01629
	Equal variances not assumed	1,796	148,057	,075	,48218	,26852	-,04844	1,01280

### Anexa 9. Analiza corelațională a scorurilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu TL

		Numar frati	Relatia mama	Relatia tata	Relatia parinti cuplu	Relatia frati surori	Relatia prieteni	Relatia cadre didactice
Varsta tata	Pearson Correlation	,179	,079	<b>,552**</b>	,047	-,017	<b>,506*</b>	,118
	Sig. (2-tailed)	,050	,391	<b>,001</b>	,612	,853	<b>,024</b>	,198
	N	120	120	<b>120</b>	120	120	<b>120</b>	120
Varsta mama	Pearson Correlation	<b>,544**</b>	,176	<b>,574**</b>	-,006	,060	,078	-,043
	Sig. (2-tailed)	<b>,007</b>	,054	<b>,003</b>	,949	,516	,398	,643
	N	<b>120</b>	120	<b>120</b>	120	120	120	120
Numar frati	Pearson Correlation		,038	,108	-,165	<b>,507*</b>	-,056	-,107
	Sig. (2-tailed)		,678	,240	,071	<b>,023</b>	,541	,244
	N		120	120	120	<b>120</b>	120	120
Relatia mama	Pearson Correlation			<b>,575**</b>	,069	,018	<b>,681**</b>	,159
	Sig. (2-tailed)			<b>,002</b>	,454	,847	<b>,000</b>	,083
	N			<b>120</b>	120	120	<b>120</b>	120
Relatia tata	Pearson Correlation				<b>,514*</b>	-,068	<b>,642**</b>	<b>,484*</b>
	Sig. (2-tailed)				<b>,019</b>	,460	<b>,000</b>	<b>,044</b>
	N				<b>120</b>	120	<b>120</b>	<b>120</b>
	Pearson Correlation					-,047	<b>,580**</b>	<b>,482*</b>

Relatia parinti cuplu	Sig. (2-tailed)					,611	,002	,047
	N					120	120	120
Relatia frati surori	Pearson Correlation						-,093	-,160
	Sig. (2-tailed)						,310	,080
	N						120	120
Relatia prieteni	Pearson Correlation							,510*
	Sig. (2-tailed)							,022
	N							120

### Anexa 10. Analiza comparată a scorurilor reticenței sociale

Tabelul A10.1. Compararea statistică a scorurilor căpătate în grupul experimental și grupul de control I

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatii între parinti	Equal variances assumed	1,354	118	,178	,16667	,12313	-,07716	,41049
	Equal variances not assumed	1,354	117,632	,178	,16667	,12313	-,07716	,41050
Perceptia parintilor asupra copilului	Equal variances assumed	1,354	118	,178	,16667	,12313	-,07716	,41049
	Equal variances not assumed	1,354	117,632	,178	,16667	,12313	-,07716	,41050
Perceptia parintilor asupra dificultatilor comunicare alti copii	Equal variances assumed	,367	118	,715	,05000	,13639	-,22009	,32009
	Equal variances not assumed	,367	115,998	,715	,05000	,13639	-,22013	,32013
Perceptia parintilor asupra reactiei mediului social imediat	Equal variances assumed	-1,220	118	,225	-,13333	,10927	-,34972	,08305
	Equal variances not assumed	-1,220	116,735	,225	-,13333	,10927	-,34974	,08307
Percertia copilului de cadrul didactic	Equal variances assumed	-,680	118	,498	-,08333	,12249	-,32590	,15924
	Equal variances not assumed	-,680	114,882	,498	-,08333	,12249	-,32597	,15931
Statutul sociometric in grupul de semeni	Equal variances assumed	,367	118	,715	,05000	,13639	-,22009	,32009
	Equal variances not assumed	,367	115,998	,715	,05000	,13639	-,22013	,32013

Tabelul A10.2. Compararea statistică a scorurilor căpătate în grupul experimental și grupul de control II

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Relatii între parinti	Equal variances assumed	-,635	118	,527	-,06667	,10505	-,27470	,14136
	Equal variances not assumed	-,635	117,988	,527	-,06667	,10505	-,27470	,14136
Perceptia parintilor asupra copilului	Equal variances assumed	2,863	118	,005	,31667	,11062	,09761	,53572
	Equal variances not assumed	2,863	107,764	,005	,31667	,11062	,09740	,53594
Perceptia parintilor dificultatilor comunic.	Equal variances assumed	1,921	118	,057	,23333	,12147	-,00721	,47388
	Equal variances not assumed	1,921	99,854	,058	,23333	,12147	-,00767	,47433
Perceptia parintilor reactiei MSI	Equal variances assumed	6,618	118	,000	,71667	,10830	,50221	,93112
	Equal variances not assumed	6,618	116,212	,000	,71667	,10830	,50218	,93116
Percertia copilului de cadrul didactic	Equal variances assumed	,449	118	,654	,05000	,11138	-,17057	,27057
	Equal variances not assumed	,449	117,988	,654	,05000	,11138	-,17057	,27057
Statutul sociometric grupul de semeni	Equal variances assumed	-5,495	118	,000	-,61667	,11222	-,83890	-,39443
	Equal variances not assumed	-5,495	117,156	,000	-,61667	,11222	-,83892	-,39442

Tabelul A10.3. Compararea statistică a scorurilor căpătate în grupul copiilor cu TL și grupul celor fără TL

Test Statistics <sup>a</sup>						
	Relatii între parinti	Perceptia parintilor asupra copilului	Perceptia parintilor asupra dificultatilor comunicare alti copii	Perceptia parintilor asupra reactiei mediului social imediat	Percertia copilului de cadrul didactic	Statutul sociometric in grupul de semeni
Mann-Whitney U	3563,000	2992,000	3154,500	1460,500	3361,500	2074,500
Wilcoxon W	10823,000	4822,000	4984,500	3290,500	5191,500	9334,500
Z	-,128	-2,055	-1,488	-7,111	-,807	-5,070
Asymp. Sig. (2-tailed)	,898	,040	,137	,000	,420	,000

Tabelul A10.4. Compararea statistică a scorurilor în raport cu genul

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Perceptia parintilor asupra copilului	Equal variances assumed	1,119	178	,264	,10850	,09693	-,08278	,29978
	Equal variances not assumed	1,118	143,947	,265	,10850	,09701	-,08325	,30025
Perceptia parintilor asupra dificultatilor comunicare alti copii	Equal variances assumed	-,623	178	,534	-,06502	,10435	-,27094	,14089
	Equal variances not assumed	-,612	135,768	,542	-,06502	,10628	-,27520	,14516
Perceptia parintilor asupra reactiei mediului social imediat	Equal variances assumed	-,313	178	,754	-,03329	,10624	-,24294	,17635
	Equal variances not assumed	-,320	153,729	,750	-,03329	,10411	-,23896	,17238
Percertia copilului de cadrul didactic	Equal variances assumed	1,740	178	,084	,17587	,10110	-,02363	,37538
	Equal variances not assumed	1,674	126,619	,097	,17587	,10508	-,03207	,38381
Statutul sociometric in grupul de semeni	Equal variances assumed	-,898	178	,370	-,09597	,10685	-,30682	,11489
	Equal variances not assumed	-,906	148,557	,366	-,09597	,10589	-,30521	,11328

Tabelul A10.5. Compararea statistică a scorurilor în raport cu diagnosticul TL

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Perceptia parintilor asupra copilului	Equal variances assumed	,336	118	,737	,04168	,12404	-,20395	,28730
	Equal variances not assumed	,336	117,994	,737	,04168	,12395	-,20378	,28714
Perceptia parintilor asupra dificultatilor comunicare alti copii	Equal variances assumed	-2,713	118	,008	-,35927	,13242	-,62149	-,09705
	Equal variances not assumed	-2,731	104,888	,007	-,35927	,13156	-,62014	-,09840
Perceptia parintilor asupra reactiei mediului social imediat	Equal variances assumed	-,790	118	,431	-,08669	,10968	-,30389	,13051
	Equal variances not assumed	-,790	117,552	,431	-,08669	,10973	-,30400	,13062
Percertia copilului de cadrul didactic	Equal variances assumed	-,864	118	,389	-,10920	,12643	-,35956	,14116
	Equal variances not assumed	-,866	117,039	,389	-,10920	,12616	-,35906	,14066
Statutul sociometric in grupul de semeni	Equal variances assumed	2,016	118	,046	,24479	,12144	,00430	,48528
	Equal variances not assumed	2,015	117,769	,046	,24479	,12146	,00425	,48533

Tabelul A10.6. Corelația Pearson dintre coeficientul reticenței sociale și capacitățile intrapersonale de integrare socială a copiilor cu TL

	Coeficient RS	
Stabilitate emotionala	Pearson Correlation	-,493*
	Sig. (2-tailed)	,035
	N	120
Autoeficacitatea	Pearson Correlation	,562**
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	120
Comunicabilitatea	Pearson Correlation	-,491*
	Sig. (2-tailed)	,037
	N	120
Izolare	Pearson Correlation	-,481*
	Sig. (2-tailed)	,048
	N	120

## Anexa 11. Programul PISC-TTL

### Anexa A11.1. Structura PISC-TTL

Programul a fost structurat în 4 blocuri constituite dintr-un număr variabil de ședințe.

Fiecare ședință a fost organizată în funcție de specificul său:

a) individuală, cu două componente: 1) doar cu copilul dislalic și 2) 10 minute de implicare a mamei – moment în care sunt analizate rezultatele curente și prezentate sarcinile, atât logopedice cât și pentru integrare socială, dar și modelele de lucru pentru realizarea acestora acasă;

b) de grup: activități desfășurate în clasa elevilor cu TL, împreună cu colegii lor fără TL.

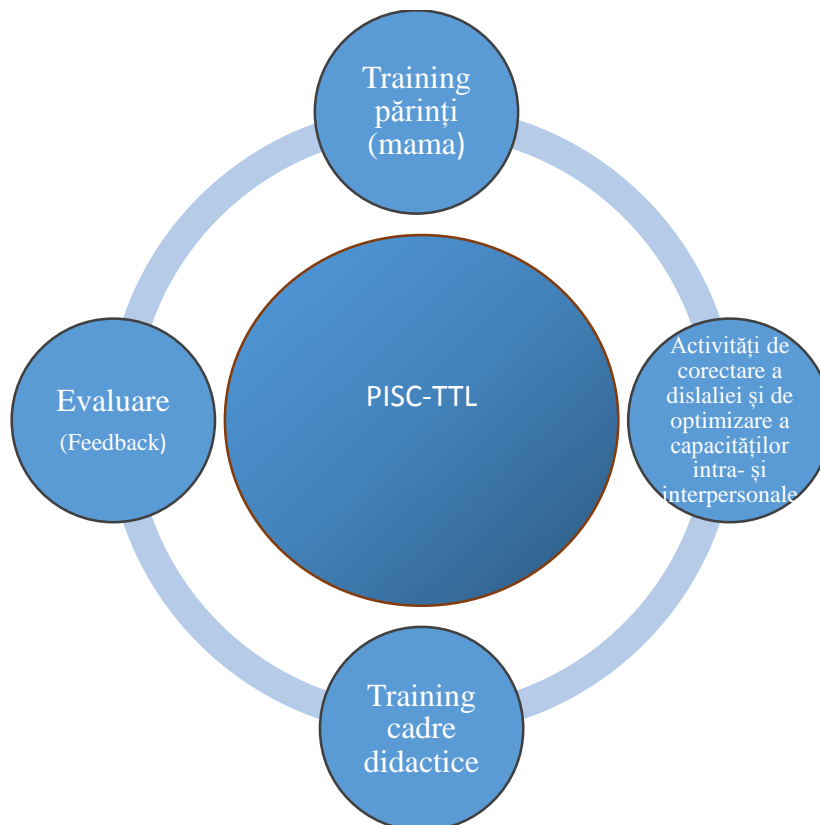
Durata ședinței: 50 min.

Metode : exercițiu, explicația, demonstrația articulatorie, comparația, compunerea, povestirea, conversația, joc de rol

Procedee logopedice: emiterie, impostare, consolidare, diferențiere, automatizare

(Conținutul programului este anexat separat)

### Anexa A11.2. Organizarea PISC-TTL



PISC-TTL în formă completă este atașat la teză sub formă de broșură.

### **Training părinți (mama)**

1. Instruire mamei în vederea realizării exercițiilor de stimulare a comunicabilității acasă (fișa 5b), ședința 2;

#### **Fișa de lucru 5b**

##### **Material informativ pentru mamă:**

##### ***Atunci când îi vorbim copilului:***

– *Vorbim despre o singură problemă de comportament. Nu amestecăm subiectele.*

*Ex.: „Vreau să discut cu tine despre faptul că ai început să chiulești.”*

– *Ne centram pe situația prezentă. Vorbim despre comportamentul care ne deranjează acum, în prezent. Nu îi reproșăm și alte comportamente, care ne-au deranjat în trecut. –Evităm să cădem într-o „avalanșă” de învinuiri.*

– *Verificăm dacă am fost înțeleși de copil. În cazul în care nu ne-a înțeles bine, vom explica același lucru, cu alte cuvinte.*

– *Încurajăm copilul să-și exprime punctul de vedere sau opinia. Îi dăm posibilitatea să vorbească!*

– *Facem pauze, îi lăsăm suficient timp să înțeleagă, să se gândească și apoi să ne răspundă.*

– *Punem întrebări potrivite! Ne ajută să înțelegem mai bine ceea ce a vrut să ne spună.*

– *Creăm o atmosferă în care copilul să se simtă confortabil! Limbajul non-verbal este ușor de înțeles de copil, așa că e bine să fim atenți la tonul vocii, la privire și la expresia feței.*

*Atunci când ascultăm ce ne spune copilul:*

– *Ascultăm cu atenție! Încercăm să ne dăm seama ce îl preocupă cu adevărat.*

– *Suntem atenți. Ne uităm în ochii copilului, îl aprobăm dând din cap etc.*

– *Suntem înțelegători cu copilul atunci când ne spune cum se simte.*

– *Rezumăm din când în când mesajul copilului pentru a-i arăta că am înțeles și pentru a verifica dacă am înțeles bine: „Dacă am înțeles bine, te preocupă reacția prietenilor tăi atunci când le vei spune că trebuie să pleci pentru că părinții tăi...”*

– *Avem răbdare și-l ascultăm până la capăt înainte de a-i răspunde.*

– *Ne concentrăm pe conținut, nu pe formă. Ceea ce vrea să ne spună e mai important!*

Instruire mamei în vederea completării de către copil a graficului ”Momentul zilei ” (fișa 9b), ședința 3;

#### **Fișa de lucru 9b**

##### **Exercițiu ”Graficul”**

Mama copilului este instruită să completeze împreună cu copilul, în fiecare zi până la următoare ședință graficul de mai jos „Resursele pozitive ale copilului pe parcursul unei zile”





La sfârșitul fiecărei zile, mama solicită copilului să marcheze momentul zilei în care a desfășurat o activitate lăudată de unul dintre membrii familiei (adaptare după Meuwly, 2011). Marcarea se poate face cu un

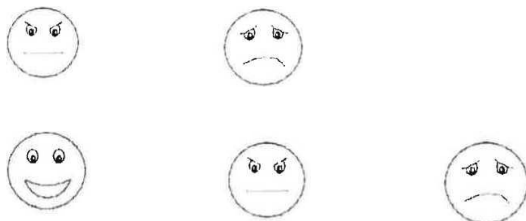


La următoarea ședință se discută împreună cu mama și copilul asupra celei mai frecvent lăudate activități pe parcursul săptămânii.

Instruire mamei în vederea realizării exercițiilor de conștientizare a autoeficacității (fișa 12b), ședința 4;

### Fișa de lucru 12b

**La sfârșitul fiecărei zile mama discută cu copilul pe baza tabelului de mai jos câte un comportament pozitiv observat în cursul zilei. Copilul este solicitat să lipească în căsuța corespunzătoare una dintre imaginile de mai jos (pot fi înlocuite cu emoticoane sau cu alte imagini plăcute) care să arate ceea ce este menționat în capul de tabel).**



	Comportament pozitiv	Aplică fața corespunzătoare sentimentului avut când:		
		Cum s-a simțit copilul	Cum s-a simțit mama	Cum s-a simțit alt membru al familiei care a remarcat (cine?)
Exemplu	A strâns jucăriile după ce s-a jucat cu ele			
Luni				
Marți				
Miercuri				
Joi				
Vineri				
Sâmbătă				
Duminică				

După completare căsuțelor se poartă o discuție pe baza următoarelor întrebări:

Te-ai așteptat să te porți așa?

Ai avut încredere în tine că poți să faci asta?

Mama/tata s-a așteptat să te porți așa?

Mama/tata a/au avut încredere în tine că poți să faci asta?

Instruire mamei în vederea realizării exercițiilor de cunoaștere și acceptarea reciprocă în familie (fișa 15b), ședința 5;

Fișa de lucru 15b

**Mama este instruită și consiliată să deruleze în familie jocuri care să faciliteze cunoașterea și acceptarea reciprocă în familie.**

**Desfășurare**

**Membrii familiei (cel puțin 4 - eventual cu un membru al familiei extinse) se împart în perechi și încearcă să găsească împreună trei lucruri pe care le au în comun.**

**Mama – tata**

**Frate – soră**

**Acestea pot fi: ceva ce ei fac, simt sau gândesc întotdeauna / uneori / niciodată.**

**Perechile se reunesc și își comunică cele trei lucruri comune stabilite**

**Dacă acestea nu sunt identice, se schimbă perechile (Mama – sora; Tata – Frate) care din nou stabilesc împreună trei lucruri pe care le au în comun.**

**Noile perechi se reunesc și își comunică cele trei lucruri comune stabilite**

**Dacă din nou cele două perechi nu au identificat trei lucruri comune identice se refacă a treia oară perechile (Mama – Frate; Tată – soră).**

**Activitatea se încheie atunci când participanții formează un singur grup și identifică trei lucruri pe care ei toți le au în comun.**

**După acest moment membrii familiei își împărtășesc experiențele. Discuția se poartă în principal pe baza întrebării:**

**Cum te-ai simțit constatând că ai multe caracteristici comune cu alți membri ai grupului?**

**2. Instruire mamei în vederea consolidării modalităților de rezolvare a conflictelor pe bază de joc de rol (fișa 20b), ședința7;**

**Fișa de lucru 20b**

**Exercițiu ”Joc de rol cu păpuși în familie”**

**Mama este instruită în aplicarea acasă a jocului de rol (fișei 19b).**

a) un copil încearcă să îi ia bicicleta/mingea în parc

Se simulează situațiile specifice celor trei modalități posibile de răspuns:

- pasivă – nu reacționează la gestul colegului;
- agresivă: ripostează eventual cu o lovitură sau o un cuvânt urât;
- asertivă: prin reacție de tolerare și soluție de schimbare a atitudinii.

Se exersează răspunsurile prin:

1) a spune cum se simte și 2) a spune ce vrea :

Nu îmi place că vrei să îmi .... pentru că este a mea și vreau să mă joc

3. Instruire mamei în vederea realizării scenetei de analiză a comportamentelor agresive (fișa 22b), ședința 8;

### **Fișa de lucru 22b**

Se oferă mamei o copie a textului „**Cei trei prieteni**” (Bejan, Drugaș și Hardălău, 2009, pp.115 – 116) și mama este instruită să realizeze acasă cu copilul o scenetă în care copilul să vorbească în rolul lui Martinel, iar mama, în rolul rășuștei Mac.

După ce sceneta a fost realizată mama formulează următoarele întrebări:

Ți-a plăcut în sceneta noastră?

Ți-a plăcut să fii Martinel?

Crezi că a făcut bine Martinel că nu s-a mai bătut și că s-a împăcat cu prietenii lui?

De ce?

Ce crezi că ar fi trebuit să facă Martinel atunci când era nervos și bătea copiii?

Ce ar fi putut face el în loc să se bată?

Crezi că mama lui Martinel, colegii lui și doamna învățătoare sunt bucuroși că Martinel s-a cuminițit? De ce?

4. Instruire mamei în vederea realizării exercițiilor de identificare a consecințelor interacțiunilor cu frații și surorile (fișa 26b), ședința 9;

### **Fișa de lucru 26b**

Mama copilului este instruită să completeze împreună cu copilul fișa „**Cercurile prietenoase**”. În centru cercului se plasează copilul iar în jurul, în cerculețe ceilalți copii din familia nucleară sau din familia extinsă dacă copilul este singur la părinți.

Copilul este solicitat să deseneze

- o linie continuă de la el (din centru) spre acel/acei copil/ii cu care a avut relații bune în ultimul timp și
- o linie discontinuă de la el (din centru) spre acel/acei copil/ii cu care a avut relații mai puțin bune în ultimul timp.

Pentru fiecare tip de relație (și persoană) copilul este solicitat și ajutat să identifice trei consecințe ale interacțiunilor .

Pentru consecințele interacțiunilor pozitive se discută căi de a le repeta.

Pentru consecințele interacțiunilor negative se discută căi de a le evita.

1. Instruirea mamei și a copilului în vederea realizării exercițiului „**Cadou pentru oamenii dragi din viața mea**” (mama/tata /frate/sora/bunica/coleg/prieten/cadru didactic (Fișele 33b, 34b), ședința 15.

### **Fișa de lucru 33b**

#### **Exercițiu ”Cadou pentru..”.**

mama/tatăl meu/fratele/sora mea/bunica

Mama copilului este instruită să ajute acasă copilul să realizeze o mică povestire (3 – 4 propoziții) cu privire la un cadou pe care copilul ar vrea să îl facă unuia (la alegere) dintre membrii familiei.

Cadrul didactic este instruit să invite copilul să spună această povestire în fața colegilor de clasă.

Copiii pot fi antrenați în discuții cu privire la:

- a) Cât de potrivit ar fi cadoul și pentru unul dintre membrii familiei lor;
- b) Dacă și ei ar vrea să facă un asemenea cadou și cui anume;
- c) Dacă ar dori un asemenea cadou de la unul dintre membrii familiei lor.

#### **Activități de optimizare a capacităților intra- și interpersonale și de terapie a dislaliei**

1. **Intervenția generală logopedică**(fișele 1,2,3,4,5,6,)(a) și **Intervenția specifică logopedică** (emitere- fișele 7,8,9 (a); consolidare-fișele 10,11,12, 17,18,19(a); diferențiere-fișele 13,14,15,16(a); automatizare- fișele 20,21,22,23,(a), ședințele 2-15;
2. **Achiziție și producerea comportamentelor:** comunicabilitate-fișele 1,2,3,4(b), stimă de sine- fișele 6,7,8(b), încredere în sine-fișele 10,11,12(b), toleranță la frustrare-fișele 13,14,15(b), stabilitate emoțională-fișele 16,17,18(b), reducere stări conflictuale-fișele 19,20(b), controlul agresivității –fișele 21,22(b)– relații cu părinții-fișele 23,24(b), frații și surorile-fișele 25,26(b), colegii și prietenii-fișele27,28(b), cadre didactice-fișele29,30(b) și **facilitarea generalizării și menținerii** acestor comportamente-fișele31,32,33,34(b), ședințele 2-15.

#### **Training cadre didactice**

1. Instruirea cadrului didactic în vederea realizării exercițiului de comunicare în grupul de egali (clasă) cu claritate, de recunoaștere a meritului de a pronunța corect și a fi mândru/ă de aceste lucru (fișa 31b), ședința 13;

### **Fișa de lucru 31b**

#### **Exercițiu Știu să vorbesc și îmi place să vorbesc bine ca să fiu înțeles/înțeleasă**

Este instruit cadrul didactic în vederea realizării exercițiului (fișa de lucru 4b **Exercițiu Bariera**)

Copii, în clasă, sunt așezați pe scaune în cerc și au fiecare câte 2 obiecte în mână. Copilul se

așează în centrul cercului interpretând rolul unui cumpărător. El solicită un anumit obiect de la un anumit copil (în rol de vânzător) în două modalități: privindu-l în față sau privind în altă parte. Cadrul didactic inițiază o discuție cu copii cu privire la situația în care cel din centrul cercului s-a făcut cel mai bine înțeles.

După stabilirea situației optime pentru comunicare (privirea în față a interlocutorului – vânzătorul) discuția este continuată în baza următoarele întrebări :

1. Ai fost sigur/ă că reușești să ceri obiectul în modalitatea cea mai clară ?
  - 1.1. Dacă da, de ce? (cel puțin un argument de genul: pronunț bine, m-am uitat la vânzător, etc.);
  - 1.2. Dacă nu, de ce? (cel puțin un argument de genul: nu am pronunțat bine, nu m-am uitat la vânzător, etc.).
- Îți place când te faci înțeles/înțeleasă? Cum te simți?
2. Instruirea cadrului didactic în vederea realizării exercițiului focalizat pe toleranță la frustrare, stabilitate emoțională, gestionare a conflictelor și controlul agresivității (fișa 32b), ședința 14;

### **Fișa de lucru 32b**

Este instruit cadrul didactic în vederea realizării exercițiului:

#### **Joc de rol: copil bun – copil rău.**

Se reia în grupul de egali/clasă schema exercițiului “Joc de rol cu păpuși” sub titlul

Joc de rol copil bun – copil rău.

Copiii din grupă li se explică că vor asista la interpretarea unor roluri. Copilul cu deficit de pronunție și un coleg din clasă sunt invitați să joace, pe rând rolul unui copil bun și al unui copil rău.

Copilul bun este invitat să se deplaseze înspre un obiectiv (tabla școlară) iar colegul instruit să joace rolul copilului rău îi pune o piedică încercând să îl facă să cadă.

Cadrul didactic înregistrează și descrie în cuvinte simple reacțiile spontane ale celor doi copii atunci când și-au interpretat rolurile (care pot fi: pasive, agresive, asertive).

În baza acestei descrieri cadrul didactic pune, pe rând celor doi copii următoarele întrebări:

- De ce ai reacționat așa ?
- Ce altceva ai fi putut să faci/spui?
- Cum te-ai simțit ?
- Cum altfel ai fi putut să te simți ?
- Ce s-ar putea face să te simți altfel ?

- Cum crezi că s-a simțit colegul tău când ai reacționat așa ?
  - Cum crezi că s-ar simți dacă ai reacționa în alt fel?
  - Care ar fi fost cea mai potrivită reacție ca și tu și colegul tău să vă simțiți mai bine ?
3. Instruirea cadrului didactic în vederea realizării exercițiului „Cadou pentru oamenii dragi din viața mea (mama/tata /frate/sora/bunica/coleg/prieten/cadru didactic (Fișele 34b), ședința 15.

### **Fișa de lucru 33b**

#### **Exercițiu Cadou pentru...**

mama/tatăl meu/fratele/sora mea/bunica

Mama copilului este instruită să ajute acasă copilul să realizeze o mică povestire (3 – 4 propoziții) cu privire la un cadou pe care copilul ar vrea să îl facă unuia (la alegere) dintre membrii familiei.

**Cadrul didactic** este instruit să invite copilul să spună această povestire în fața colegilor de clasă.

Copiii pot fi antrenați în discuții cu privire la:

- a) Cât de potrivit ar fi cadoul și pentru unul dintre membrii familiei lor;
- b) Dacă și ei ar vrea să facă un asemenea cadou și cui anume;
- c) Dacă ar dori un asemenea cadou de la unul dintre membrii familiei lor.

### **Fișa de lucru 34b**

#### **Exercițiu Cadou pentru...**

colega/ul sau prietena/ul meu și pentru doamna/ul învățător/învățătoare.

Cadrul didactic este instruit să solicite copiilor din clasă să deseneze un obiect pe care ar vrea să îl facă cadou unuia dintre colegi și chiar cadrului didactic.

În continuare, copiii pot fi antrenați în discuții cu privire la:

- a) Motivele pentru care s-au gândit să îl ofere cadou;
- b) Dacă ei cred că un asemenea cadou mai poate fi făcut și altcuiva și cui anume;
- c) Cum cred că va reacționa colega/colegul sau domnul/doamna/ învățător/învățătoare;
- d) Cât de potrivit ar fi cadoul și pentru unul dintre membrii familiei lor;
- d) Dacă și ei ar vrea să facă un asemenea cadou și cui anume;
- e) Dacă ar dori un asemenea cadou de la unul dintre membrii familiei lor.

## **Anexa 12. Acordurile necesare pentru implementarea intervenției ameliorative**

Anexa A12.1. Acord privind desfășurarea programului de integrare socială a copiilor și terapie a tulburărilor de limbaj

Se încheie prezentul acord între d-na/d-l Popescu Ofelia, profesor logoped la CLI - Școala Gimnazială Constantin Brâncuși Tg.Jiu, CJRAE-GORJ, și d-na/d-l profesor/învățător/educator....., la....., care au convenit asupra derulării programul de suport pentru integrarea socială și de terapie a tulburărilor de limbaj în perioada februarie-mai 2012.

Programul urmărește creșterea potențialului individual de integrare socială prin terapia tulburărilor de limbaj în conjuncție cu dezvoltarea capacităților intra- și interpersonale ale copiilor și creșterea potențialului grupal și comunitar de integrare socială prin optimizarea contextului socio-relațional al copilului cu tulburări de limbaj.

Acest acord vizează aplicarea de către d-na/d-l și d-na/d-l profesor/învățător/educator..... a derulării programului de suport pentru integrarea socială și de terapie a tulburărilor de limbaj prin participarea copiilor la un numar de 16 ședințe, derulate în fiecare zi de luni până vineri, între orele 12-16.

Toate informațiile furnizate prin completarea chestionarului de mai sus sunt confidențiale.

Data.....

Profesor logoped, Profesor logoped  
Popescu Ofelia .....

Anexa A12.2. Scrisoare de solicitare a acordului de colaborare



MINISTERUL  
EDUCAȚIEI  
CERCETĂRII  
TINERETULUI  
ȘI SPORTULUI



CONSILIUL JUDEȚEAN GORJ  
Localitatea Târgu Jiu, Str. Victoriei,  
Nr. 2-4, Codul Poștal: 210 165  
Tel: 0253 / 214 006 ☎ Fax: 0253 / 217 854  
E-mail: [consjud@cjgorj.ro](mailto:consjud@cjgorj.ro)  
WebPage: <http://www.cjgorj.ro>



INSPECTORATUL ȘCOLAR JUDEȚEAN GORJ  
**CENTRUL JUDEȚEAN DE RESURSE ȘI ASISTENȚĂ EDUCAȚIONALĂ GORJ**  
Localitatea Târgu Jiu, Str. Tismana, Nr. 1A, Codul Poștal 210 205, Județul Gorj  
Telefon / Fax: 0253 / 210 313, E-mail: [office@cjraegorj.ro](mailto:office@cjraegorj.ro), WebPage: <http://www.cjraegorj.ro>

Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională- Gorj

Către Școala/Grădinița.....

În atenția d-nei/d-lui Director.....

Stimat/ă doamnă/ule Director,

Prin prezenta vă solicităm să aveți disponibilitatea de a colabora cu noi în vederea implementării unui proiect de cercetare și intervenție educațională, având ca **tema *Problema integrării sociale a copiilor cu tulburări de limbaj***. Proiectul este implementat în cadrul unui program doctoral de către doamna Popescu Ofelia, profesor logoped la CLI- Școala Gimnazială Constantin Brâncuși Tg.Jiu.

Tema cercetării și a programului de intervenție educațională vizează:

identificarea și evaluare inițială a copiilor cu tulburări de limbaj timp de două luni, respectiv octombrie-decembrie 2011;

implementarea programului de intervenție timp de două luni , respectiv februarie-martie 2012;

evaluarea finală luna iunie 2012.

În vederea realizării primei etape, doamna Popescu Ofelia și-a propus administrarea în rândul copiilor de clasă/grupă pregătitoare a unei baterii de teste (anexăm bateria prezentei cereri). Prin aplicarea acestei baterii de teste, se urmărește identificarea copiilor cu tulburări de limbaj la care problema integrării sociale este stringentă.

În cea de-a doua etapă a proiectului (estimată să înceapă în luna februarie 2012), copiii identificați cu tulburări de limbaj la care problema integrării sociale este stringentă, vor fi invitați împreună cu mamele (cercetarea este voluntară și nu implică nici un fel de recompensă materială) să înceapă programul de intervenție ameliorativă.

Ne angajăm să vă transmitem un scurt raport cu privire la rezultatele primei părți a studiului, precum și cu privire la impactul programului de intervenție pe care doamna Popescu Ofelia îl va implementa în rândul copiilor cu tulburări de limbaj la care problema integrării sociale este stringentă.

De asemenea, ne angajăm ca, pe toată durata proiectului, să asigurăm în mod strict confidențialitatea informațiilor cu caracter personal (datele de identificare a copiilor, mamelor).

Exprimăm speranța unei colaborări benefice și constructive pentru ambele părți, pe tot parcursul proiectului.

Cu stimă,

Director CJRAE-GORJ,



Anexa A12.3. Acord privind aplicarea chestionarului sociometric și a grilei de evaluare a comportamentului copilului

Se încheie prezentul acord între d-na Popescu Ofelia, profesor logoped la CLI - Școala Gimnazială Constantin Brâncuși, Tg.Jiu, CJRAE-GORJ, și d-na/d-l învățător/educator.....,la....., care au convenit asupra aplicării chestionarului sociometric și a grilei de evaluare a comportamentului copilului, conform instructajului anexat.

Acest acord vizează aplicarea de către d-na/d-l și d-na/d-l învățător/educator..... a chestionarului sociometric și a grilei de evaluare a comportamentului copilului, conform instructajului anexat

Data.....

Profesor logoped, Invățător/Educator,  
Popescu Ofelia .....

**Anexa 13. Diferențe în capacitățile de integrare socială ale copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL**

Tabelul A13.1. Analiza de varianță (ANOVA One - Way) a scorurilor indicatorilor capacităților intrapersonale de integrare în grup a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL (stationar; ameliorat; corectat)

a Condiția experimentală = Copii cu dislalie - evaluare finala		Sum of Squares	df	Media Square	F	Sig.
Vârsta psihologică a limbajului (DESCOEUDRES)	Between Groups	2,042	2	1,021	2,213	,119
	Within Groups	26,292	57	,461		
	Total	28,333	59			
Toleranța la frustrare	Between Groups	4,873	2	2,436	4,949	,010
	Within Groups	28,061	57	,492		
	Total	32,933	59			
Stabilitate emoțională	Between Groups	25,691	2	12,845	23,689	,000
	Within Groups	30,909	57	,542		
	Total	56,600	59			
Egocentrism	Between Groups	,716	2	,358	,602	,551
	Within Groups	33,867	57	,594		
	Total	34,583	59			
Stima de sine	Between Groups	3,106	2	1,553	4,680	,013
	Within Groups	18,915	57	,332		
	Total	22,020	59			
Incredere în sine	Between Groups	,808	2	,404	8,509	,001
	Within Groups	2,708	57	,048		
	Total	3,517	59			

a Condiția experimentală = Copii cu dislalie - evaluare finala

Tabelul A13.2. Analiza de varianță (ANOVA One - Way) a scorurilor indicatorilor capacităților intrapersonale de integrare în grup a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL (stationar; ameliorat; corectat)

		Sum of Squares	df	Media Square	F	Sig.
Comunicabilitate - tendința spre relații cu grupul de copii	Between Groups	9,985	2	4,992	6,882	,002
	Within Groups	41,348	57	,725		
	Total	51,333	59			
Stări conflictuale/agresivitate	Between Groups	,830	2	,415	,273	,762
	Within Groups	86,504	57	1,518		
	Total	87,333	59			
Reacție la frustrare	Between Groups	2,733	2	1,366	2,667	,078
	Within Groups	29,201	57	,512		
	Total	31,933	59			
Izolare, tendință spre singurătate	Between Groups	2,908	2	1,454	1,293	,282
	Within Groups	64,076	57	1,124		
	Total	66,983	59			

a Condiția experimentală = Copii cu dislalie - evaluare finala

Tabelul A13.3. Analiza de varianță (ANOVA One - Way) a scorurilor indicatorilor capacităților interpersonale de integrare în grup a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL (stationar; ameliorat; corectat)

		Sum of Squares	df	Media Square	F	Sig.
relația cu mama	Between Groups	,918	2	,459	,203	,817
	Within Groups	128,682	57	2,258		
	Total	129,600	59			
2) relația cu tatăl	Between Groups	,605	2	,302	,151	,861
	Within Groups	114,379	57	2,007		
	Total	114,983	59			
3) relația cu ambii părinți (părinții priviți ca un cuplu)	Between Groups	4,847	2	2,423	,282	,755
	Within Groups	490,136	57	8,599		
	Total	494,983	59			
4) relația cu frații și surorile	Between Groups	11,347	2	5,673	,492	,614
	Within Groups	657,636	57	11,537		
	Total	668,983	59			
6) relația cu prietenii	Between Groups	7,316	2	3,658	2,095	,132
	Within Groups	99,534	57	1,746		
	Total	106,850	59			
7) relația cu profesorii (educatori)	Between Groups	12,225	2	6,113	3,708	,031
	Within Groups	93,958	57	1,648		
	Total	106,183	59			

a Condiția experimentală = Copii cu dislalie - evaluare finala

Tabelul A13.4. Analiza de varianță (ANOVA One - Way) a scorurilor indicatorilor reticenței sociale a copiilor cu TL în funcție de rezultatele TTL (stationar; ameliorat; corectat)

		Sum of Squares	df	Media Square	F	Sig.
Relații între părinți	Between Groups	,230	2	,115	,451	,639
	Within Groups	14,504	57	,254		
	Total	14,733	59			
Percepția părinților asupra dificultăților de comunicare ale copilului cu persoanele din mediul social imediat	Between Groups	5,472	2	2,736	21,477	,000
	Within Groups	7,261	57	,127		
	Total	12,733	59			
Percepția părinților asupra reacției mediului social imediat la TL a copilului	Between Groups	2,418	2	1,209	3,532	,036
	Within Groups	19,515	57	,342		
	Total	21,933	59			
Percepția copilului de către educator	Between Groups	1,380	2	,690	3,073	,054
	Within Groups	12,803	57	,225		
	Total	14,183	59			
Indice sociometric/Situație în grupa de egali	Between Groups	4,523	2	2,261	8,026	,001
	Within Groups	16,061	57	,282		
	Total	20,583	59			

a Condiția experimentală = Copii cu dislalie - evaluare finala

**Anexa 14. Diferențe în capacitățile de integrare socială ale copiilor cu TL mono- și polimorfă**

Tabelul A14.1. Compararea mediilor test-retest pentru copii cu dislalie monomorfă din grupul experimental

		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Varsta psihologica limbaj - Varsta psihologica limbaj retest	-,33333	,78446	,15097	-2,208	26	,036
Pair 2	Toleranta frustrare - Toleranta frustrare retest	-,37037	,62929	,12111	-3,058	26	,005
Pair 3	Stabilitate emotionala - Stabilitate emotionala retest	-,51852	,57981	,11158	-4,647	26	,000
Pair 4	Egocentrism - Egocentrism retest	,14815	,60152	,11576	1,280	26	,212
Pair 5	Stima de sine - Stima de sine retest	-,37037	,96668	,18604	-1,991	26	,057
Pair 6	Autoeficacitatea - Autoeficacitatea retest	-,51852	,50918	,09799	-5,292	26	,000
Pair 7	Comunicabilitatea - Comunicabilitatea retest	-1,00000	1,14354	,22008	-4,544	26	,000
Pair 8	Conflict agresivitate - Conflict agresivitate retest	,66667	,73380	,14122	4,721	26	,000
Pair 9	Frustrare - Frustrare retest	,66667	,78446	,15097	4,416	26	,000
Pair 10	Izolare - Izolare retest	1,14815	1,79108	,34469	3,331	26	,003
Pair 11	Relatia mama - Relatia mama retest	-,96296	,85402	,16436	-5,859	26	,000
Pair 12	Relatia tata - Relatia tata retest	-,96296	1,05544	,20312	-4,741	26	,000
Pair 13	Relatia parinti cuplu - Relatia parinti cuplu retest	-,33333	1,51911	,29235	-1,140	26	,265
Pair 14	Relatia frati surori - Relatia frati surori retest	-,33333	,62017	,11935	-2,793	26	,010
Pair 15	Relatia prieteni - Relatia prieteni retest	-1,11111	,75107	,14454	-7,687	26	,000
Pair 16	Relatia cadre didactice - Relatia cadre didactice retest	-1,44444	2,35884	,45396	-3,182	26	,004
Pair 17	Perceptia parintilor asupra copilului - Perceptia parintilor asupra copilului retest	-,62963	,68770	,13235	-4,757	26	,000
Pair 18	Perceptia parintilor asupra dificultatilor comunicare alti copii - Perceptia parintilor DC copii retest	,48148	,57981	,11158	4,315	26	,000
Pair 19	Perceptia parintilor asupra reactiei mediului social imediat - Perceptia parintilor reactia MSI retest	,40741	,97109	,18689	2,180	26	,039
Pair 20	Percertia copilului de cadrul didactic - Percertia copilului de cadrul didactic retest	-,33333	,48038	,09245	-3,606	26	,001
Pair 21	Statut sociometric in grupul de semeni - Statut sociometric in grupul de semeni retest	-,51852	,64273	,12369	-4,192	26	,000

Tabelul A14.2. Compararea mediilor test-retest pentru copii cu dislalie polimorfă din grupul experimental

		Paired Differences			t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean			
Pair 1	Varsta psihologica limbaj - Varsta psihologica limbaj retest	-,03030	,46669	,08124	-,373	32	,712
Pair 2	Toleranta frustrare - Toleranta frustrare retest	-,27273	,62614	,10900	-2,502	32	,018
Pair 3	Stabilitate emotionala - Stabilitate emotionala retest	-,27273	,45227	,07873	-3,464	32	,002
Pair 4	Egocentrism - Egocentrism retest	,00000	,50000	,08704	,000	32	1,000
Pair 5	Stima de sine - Stima de sine retest	-,09091	,80482	,14010	-,649	32	,521
Pair 6	Autoeficacitatea - Autoeficacitatea retest	,03030	,30464	,05303	,571	32	,572
Pair 7	Comunicabilitatea - Comunicabilitatea retest	-1,09091	,80482	,14010	-7,787	32	,000
Pair 8	Conflict agresivitate - Conflict agresivitate retest	,63636	1,02525	,17847	3,566	32	,001
Pair 9	Frustrare - Frustrare retest	,54545	,61699	,10740	5,078	32	,000
Pair 10	Izolare - Izolare retest	,18182	1,04447	,18182	1,000	32	,325
Pair 11	Relatia mama - Relatia mama retest	-1,36364	,82228	,14314	-9,527	32	,000
Pair 12	Relatia tata - Relatia tata retest	-,96970	1,13150	,19697	-4,923	32	,000
Pair 13	Relatia parinti cuplu - Relatia parinti cuplu retest	-,36364	,65279	,11364	-3,200	32	,003
Pair 14	Relatia frati surori - Relatia frati surori retest	-,30303	,46669	,08124	-3,730	32	,001
Pair 15	Relatia prieteni - Relatia prieteni retest	-,75758	,56071	,09761	-7,762	32	,000
Pair 16	Relatia cadre didactice - Relatia cadre didactice retest	-1,54545	1,95402	,34015	-4,543	32	,000
Pair 17	Perceptia parintilor asupra copilului - Perceptia parintilor asupra copilului retest	-,48485	,75503	,13143	-3,689	32	,001
Pair 18	Perceptia parintilor asupra dificultatilor comunicare alti copii - Perceptia parintilor DC copii retest	,54545	,61699	,10740	5,078	32	,000
Pair 19	Perceptia parintilor asupra reactiei mediului social imediat - Perceptia parintilor reactia MSI retest	,42424	,90244	,15709	2,701	32	,011
Pair 20	Perceptia copilului de cadrul didactic - Perceptia copilului de cadrul didactic retest	-,45455	,61699	,10740	-4,232	32	,000
Pair 21	Statut sociometric in grupul de semeni - Statut sociometric in grupul de semeni retest	-,72727	,51676	,08996	-8,085	32	,000

**Anexa 15. Diferențe în capacitățile de integrare socială ale copiilor cu TL în funcție de gen**

Tabelul A15.1. Medii retest pentru fetele și băieții din grupul experimental

Group Statistics					
	Gen	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Diagnostic TL retest	1,00	36	2,5000	,50709	,08452
	2,00	24	2,5000	,72232	,14744
Varsta psihologica limbaj retest	1,00	36	5,8056	,62425	,10404
	2,00	24	5,8750	,79741	,16277
Toleranta frustrare retest	1,00	36	3,4722	,65405	,10901
	2,00	24	3,6250	,87539	,17869
Stabilitate emotionala retest	1,00	36	3,3056	,85589	,14265
	2,00	24	3,2917	1,16018	,23682
Egocentrism retest	1,00	36	2,4722	,69636	,11606
	2,00	24	2,7500	,84699	,17289
Stima de sine retest	1,00	36	3,1667	,73679	,12280
	2,00	24	3,0417	,55003	,11228
Autoeficacitatea retest	1,00	36	2,8611	,35074	,05846
	2,00	24	2,9583	,20412	,04167
Comunicabilitatea retest	1,00	36	4,7500	,90633	,15105
	2,00	24	4,5417	,97709	,19945
Conflict agresivitate retest	1,00	36	3,8056	1,21466	,20244
	2,00	24	3,4583	1,21509	,24803
Frustrare retest	1,00	36	2,0556	,75383	,12564
	2,00	24	2,0000	,72232	,14744
Izolare retest	1,00	36	3,0000	,95618	,15936
	2,00	24	2,9583	1,23285	,25166
Relatia mama retest	1,00	36	8,1944	1,39016	,23169
	2,00	24	8,1667	1,43456	,29283
Relatia tata retest	1,00	36	8,7500	1,48083	,24680
	2,00	24	8,8750	1,51263	,30876
Relatia parinti cuplu retest	1,00	36	4,5278	2,94217	,49036
	2,00	24	5,2500	2,83227	,57813
Relatia frati surori retest	1,00	36	3,1944	3,37062	,56177
	2,00	24	4,0000	3,37510	,68894
Relatia prieteni retest	1,00	36	9,1667	1,29835	,21639
	2,00	24	8,6250	1,37722	,28112
Relatia cadre didactice retest	1,00	36	5,0278	1,18288	,19715
	2,00	24	4,2500	1,45213	,29642
Relatii intre parinti retest	1,00	36	1,8889	,52251	,08708
	2,00	24	1,9583	,35864	,07321
Perceptia parintilor asupra copilului retest	1,00	36	2,7778	,42164	,07027
	2,00	24	2,6250	,49454	,10095
Perceptia parintilor DC copii retest	1,00	36	1,1389	,35074	,05846
	2,00	24	1,3750	,57578	,11753
Perceptia parintilor reactia MSI retest	1,00	36	1,9722	,55990	,09332
	2,00	24	1,8333	,56466	,11526
Percertia copilului de cadrul didactic retest	1,00	36	2,6111	,49441	,08240
	2,00	24	2,6250	,49454	,10095
Statut sociometric in grupul de semeni retest	1,00	36	2,4167	,55420	,09237
	2,00	24	2,4167	,65386	,13347

Tabelul A15.2. Compararea mediilor retest pentru fetele și băieții din grupul experimental

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
Diagnostic TL retest	Equal variances assumed	,000	58	1,000	,00000	,15857	-,31741	,31741
	Equal variances not assumed	,000	37,908	1,000	,00000	,16995	-,34407	,34407
Varsta psihologica limbaj retest	Equal variances assumed	-,377	58	,707	-,06944	,18396	-,43768	,29879
	Equal variances not assumed	-,359	41,122	,721	-,06944	,19318	-,45955	,32066
Toleranta frustrare retest	Equal variances assumed	-,773	58	,442	-,15278	,19756	-,54823	,24268
	Equal variances not assumed	-,730	39,692	,470	-,15278	,20931	-,57592	,27036
Stabilitate emotionala retest	Equal variances assumed	,053	58	,958	,01389	,26032	-,50719	,53497
	Equal variances not assumed	,050	39,316	,960	,01389	,27646	-,54517	,57295
Egocentrism retest	Equal variances assumed	-1,388	58	,171	-,27778	,20019	-,67851	,12295
	Equal variances not assumed	-1,334	42,701	,189	-,27778	,20823	-,69781	,14225
Stima de sine retest	Equal variances assumed	,709	58	,481	,12500	,17630	-,22790	,47790
	Equal variances not assumed	,751	57,175	,456	,12500	,16639	-,20816	,45816
Autoeficacitatea retest	Equal variances assumed	-1,225	58	,226	-,09722	,07939	-,25614	,06169
	Equal variances not assumed	-1,354	57,150	,181	-,09722	,07179	-,24096	,04652
Comunicabilitatea retest	Equal variances assumed	,846	58	,401	,20833	,24640	-,28489	,70156
	Equal variances not assumed	,833	46,828	,409	,20833	,25019	-,29504	,71171
Conflict agresivitate retest	Equal variances assumed	1,085	58	,283	,34722	,32014	-,29360	,98804
	Equal variances not assumed	1,085	49,435	,283	,34722	,32016	-,29602	,99046
Frustrare retest	Equal variances assumed	,284	58	,777	,05556	,19540	-,33558	,44669
	Equal variances not assumed	,287	50,894	,775	,05556	,19371	-,33336	,44447
Izolare retest	Equal variances assumed	,147	58	,884	,04167	,28314	-,52511	,60844
	Equal variances not assumed	,140	40,831	,889	,04167	,29787	-,55997	,64331
Relatia mama retest	Equal variances assumed	,075	58	,941	,02778	,37102	-,71491	,77046
	Equal variances not assumed	,074	48,357	,941	,02778	,37340	-,72286	,77841
Relatia tata retest	Equal variances assumed	-,318	58	,752	-,12500	,39358	-,91283	,66283
	Equal variances not assumed	-,316	48,712	,753	-,12500	,39528	-,91947	,66947
Relatia parinti cuplu retest	Equal variances assumed	-,945	58	,348	-,72222	,76398	-2,25149	,80704
	Equal variances not assumed	-,953	50,740	,345	-,72222	,75809	-2,24433	,79989
Relatia frati surori retest	Equal variances assumed	-,906	58	,368	-,80556	,88871	-2,58449	,97338
	Equal variances not assumed	-,906	49,401	,369	-,80556	,88895	-2,59159	,98048
Relatia prieteni retest	Equal variances assumed	1,545	58	,128	,54167	,35053	-,16001	1,24334
	Equal variances not assumed	1,527	47,395	,133	,54167	,35476	-,17187	1,25520
Relatia cadre didactice retest	Equal variances assumed	2,277	58	,027	,77778	,34162	,09395	1,46161
	Equal variances not assumed	2,185	42,397	,034	,77778	,35599	,05956	1,49600
Relatii intre parinti retest	Equal variances assumed	-,567	58	,573	-,06944	,12241	-,31447	,17558
	Equal variances not assumed	-,610	57,926	,544	-,06944	,11377	-,29718	,15829
Perceptia parintilor asupra copilului retest	Equal variances assumed	1,283	58	,205	,15278	,11910	-,08563	,39118
	Equal variances not assumed	1,242	43,916	,221	,15278	,12300	-,09512	,40068
Perceptia parintilor DC copii retest	Equal variances assumed	-1,976	58	,053	-,23611	,11952	-,47535	,00313
	Equal variances not assumed	-1,799	34,403	,081	-,23611	,13127	-,50276	,03054
Perceptia parintilor reactia MSI retest	Equal variances assumed	,938	58	,352	,13889	,14805	-,15746	,43523
	Equal variances not assumed	,937	49,155	,354	,13889	,14830	-,15911	,43689
Perceptia copilului de cadrul didactic retest	Equal variances assumed	-,107	58	,915	-,01389	,13030	-,27472	,24694
	Equal variances not assumed	-,107	49,439	,916	-,01389	,13031	-,27570	,24792
Statut sociometric in grupul de semeni retest	Equal variances assumed	,000	58	1,000	,00000	,15699	-,31424	,31424
	Equal variances not assumed	,000	43,717	1,000	,00000	,16231	-,32718	,32718

### **Declarația privind asumarea răspunderii**

Subsemnata Popescu Ofelia, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Numele, prenumele: Popescu Ofelia

Semnătura \_\_\_\_\_



Data: 28 septembrie 2019





## Curriculum vitae Europass

### Informație personală

Nume/Prenume

Adresă

Telefon

E-mail

Cetățenie

Data nașterii

Sex

### Locul de muncă vizat / Domeniul ocupațional

Experiență de muncă

Perioada

Funcția sau postul ocupat  
Activități și responsabilități  
principale

Numele și adresa  
angajatorului

Tipul sau sectorul activității

### Educație și formare

Perioada

Calificarea / Diploma

Disciplinele principale  
studiate / competențe

profesionale dobândite

Numele și tipul instituției de  
învățământ / furnizorului de  
formare

Nivelul educațional / Tipul  
de formare

Perioada

Calificarea / Diploma

Disciplinele principale  
studiate / competențe

profesionale dobândite

Numele și tipul instituției de  
învățământ / furnizorului de  
formare

### **POPESCU OFELIA**

Strada Tismana, Nr. 1A Localitatea Tg-Jiu Județul Gorj Cod

Poștal : 21020 România

+40767094202

martinofelia61@yahoo.com

România

25 iunie 1961

feminin

Profesor logoped la CJRAE-GORJ

### **2009- prezent**

Profesor logoped

Terapia tulburărilor de limbaj

Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională, Strada  
Tismana, Nr. 1A Localitatea Tg-Jiu Județul Gorj Cod Poștal :  
21020 România

Servicii educaționale

### **2010-2014**

-

Psihologie socială

Universitatea Liberă Internațională din Moldova

Ciclul III al studiilor universitare – doctorat

### **17.11.2016-12.12.2016**

Atestat de formare continuă

Intervenție, asistență, consiliere personală și psihologică

Ministerul Educației Naționale și Cercetării Științifice,  
CJRAE-GORJ

Nivelul educațional / Tipul de formare	Formare continuă
Perioada	<b>19.01.2015-30.01.2015</b>
Calificarea / Diploma	Certificat
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Consilier pentru dezvoltare personală,
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției sociale și Persoanelor vârstnice, Ministerul Educației Naționale, CJRAE-GORJ
Nivelul educațional / Tipul de formare	Formare continuă
Perioada	<b>14-15 iunie 2014</b>
Calificarea / Diploma	Curs formare profesională,
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Elemente de logopedie și psihopedagogie specială
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Colegiul Psihologilor din România, Asociația Centru de Comunicare și Dezvoltare umană Phoenix, București
Nivelul educațional / Tipul de formare	Formare continuă
Perioada	<b>04.02.2013-18.02.2013</b>
Calificarea / Diploma	Certificat,
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Formator
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Ministerul Muncii, Familiei, Protecției sociale și Persoanelor vârstnice, Ministerul Educației Naționale, Craiova
Nivelul educațional / Tipul de formare	Formare continuă
Perioada	<b>2008 - 2012</b>
Calificarea / Diploma	Curs formare profesională,
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihodiagnosticul proiectiv și Psihoterapie Analitică Szondiană
Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare	Colegiul Psihologilor din România, București
Nivelul educațional / Tipul de formare	Formare continuă
Perioada	<b>18-24 august 2011</b>

Calificarea / Diploma Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Nivelul educațional / Tipul de formare	Certificat Definitivare în învățământ  Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, Universitatea București  Formare continuă
Perioada Calificarea / Diploma Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Nivelul educațional / Tipul de formare	<b>15-19 martie 2010</b> Certificat Aspecte clinico-terapeutice în terapia tulburărilor limbajului oral. Demersuri transdisciplinare Ministerul Educației, Cercetării și Inovării, Universitatea de Medicină și Farmacie GR.T.POPA Iași  Curs postuniversitar perfecționare
Perioada Calificarea / Diploma Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Nivelul educațional / Tipul de formare	<b>31 mai 2006</b> Diplomă de Magistru Psihologie  Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău  Ciclul II - studii superioare de masterat
Perioada Calificarea / Diploma  Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare Nivelul educațional / Tipul de formare	<b>18 septembrie 2006</b> Certificat pentru profesia didactică  Pedagogie  Departamentul pentru pregătirea personalului didactic, Ministerul Educației și Cercetării, Universitatea Constantin Brâncuți, Tg.Jiu
Perioada Calificarea / Diploma	<b>30 mai 2005</b> Diplomă de Licență

Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite  
 Numele și tipul instituției de învățământ / furnizorului de formare  
 Nivelul educațional / Tipul de formare

**Abilități și competențe personale**

Limba(i) maternă(e)  
 Limba(i) străină(e) cunoscută(e)  
 Autoevaluare  
 Nivel european (\*)

*Limba engleză*  
*Limba franceză*  
*Limba spaniolă*

**Competențe și abilități sociale**

**Competențe și aptitudini organizatorice**

**Participări la conferințe naționale și internaționale (selectiv)**

Psihologie

Universitatea Liberă Internațională din Moldova Chișinău

Ciclul I – studii superioare de licență

**Română**

Înțelegere		Vorbire		Scriere Exprimare scrisă
Ascultare	Citire	Participare la conversație	Discurs oral	

A1	A2	A1	A1	A1
B2	B2	B1	B1	B1
C3	C3	C3	C3	C3

(\*) Nivelul Cadrului European Comun de Referință Pentru Limbi Străine

Abilități manageriale, capacități de comunicare, aptitudini de motivare a echipei. Adaptabilitate la mediul intercultural, aspirația permanent de perfecționare a competențelor sociale și profesionale, spirit de inovație.

Lider (manager). Trainer – formator, coordonator activitate logopedică, responsabil comisie metodică.

1. Simpozionul Interjudețean ”Dialoguri despre educație”, ediția a II-a, 19 martie 2010, Râmnicu Vâlcea, România;
2. Simpozionul Național ”Interferențe psihopedagogice”, ediția a III-a, 29 octombrie 2010, Mehedinți, România;
3. Simpozionul Interjudețean ”Dialoguri despre educație”, ediția a III-a, 18 martie 2011, Râmnicu Vâlcea, România;
4. Simpozionul Național ”Și noi suntem la fel ca voi!”, ediția a II-a, 6 mai 2011, CSEI, Târgu Jiu, România;
5. Cercul Pedagogic Interjudețean, 27 mai 2011, Drobeta Turnu Severin, jud. Mehedinți, România;
6. Simpozionul Internațional ”Sănătatea tinerilor - standarde europene/realități românești”, 11 iunie 2011, Craiova, România;
7. Simpozionul Național ”Să citim pentru mileniul III”, ediția a III-a, 14 iunie 2012, Târgu Jiu, România;
8. Simpozionul Județean ”Depresia: o criză globală”, CJRAE-GORJ, 10 octombrie 2012, Târgu Jiu, România;
9. Proiectul Interjudețean ”Comunicarea verbală și dincolo de ea”, Proiect avizat de CAE, inclus în Calendarul

- activităților educative 29685/25.02.2011 – Ediția a III-a, mai 2013, Mehedinți, România;
10. Conferința Națională ”Acces, drepturi și responsabilitate social”, 24 mai 2013, Craiova, România;
  11. Seminarul Județean ”Ziua Dialogului Interactiv”, CJRAE-GORJ, 19 iunie 2013, Târgu Jiu, România;
  12. Simpozionul Național ”Exemple de bune practici în prevenirea și combaterea violenței din mediul școlar”, 28 martie 2014, CJRAE-DOLJ, Craiova, România;
  13. Conferința Internațională Științifico-Practică ”Păstrarea integrității familiei - politică prioritară pentru protecția copilului”, 15 mai 2014, Chișinău, Republica Moldova;
  14. Simpozionul Interjudețean ”CJRAE- Resursă Semnificativă a Sistemului Educațional”, ediția a II-a, 19-20 iunie 2014, CJRAE-GORJ, Târgu Jiu, România;
  15. The International Conference ”Psychology Realities of The Contemporary World”, Fifth Edition, 24-26 October 2014, Bucarest Romania;
  16. Workshopul ”Programe de intervenție bazate pe principiile psihologiei pozitive - aplicații în școală”, octombrie 2014, București, România;
  17. Cercul Pedagogic Interjudețean cu tema ”Terapii alternative în corectarea tulburărilor de limbaj”, 28 noiembrie 2014, Drobeta Turnu Severin, Mehedinți, România;
  18. Cercul Pedagogic Interjudețean cu tema ”Tehnici de dezvoltare emoțională în terapia balbismului”, 8 mai 2015, CJRAE-DOLJ, Craiova, România;
  19. Conferința internațională științifico-practică Păstrarea integrității familiei – politică prioritară pentru protecția copilului, 15 mai, 2015, MMPSF, Caritas & ULIM, Chișinău, RM;
  20. Simpozionul Interjudețean ”CJRAE- Resursă Semnificativă a Sistemului Educațional”, ediția a III-a, 11 iunie 2015, CJRAE-GORJ, Târgu Jiu, România;
  21. Cercul Pedagogic Interjudețean cu tema ”Dislexo-disgrafia, o tulburare ce poate fi remediată” 27 noiembrie 2015, CJRAE-GORJ, Târgu Jiu, România;
  22. Conferință Științifică Internațională prilejuită aniversării a 15 ani de la fondarea Facultății Psihologie, Științe ale Educației și Asistență Socială. Preocupări contemporane ale științelor socio-umane. Ediția a VI-a - Mentalități ale societății în transformare. 11-12 decembrie, 2015, ULIM, Chișinău, RM;
  23. Colocviu științific internațional La început a fost opera. Sigmund Freud – 160 ani de la naștere. ULIM, 13-14 mai 2016, Chișinău, RM;
  24. Conferință Științifică Internațională Preocupări contemporane ale științelor socio-umane. Ediția a VIII-a, 8-9 decembrie, 2017, ULIM, Chișinău, RM;

## Publicații

25. Conferință națională cu participare internațională, Bunăstarea psihologică a copiilor și adolescenților, studii, experiențe, preocupări interdisciplinare, 8-9 iunie 2019, Constanța, România.
1. **POPESCU, O.** Modele de consiliere parentală utilizate în PISC-TTL. In: *Bunăstarea psihologică a copiilor și adolescenților, studii, experiențe, preocupări interdisciplinare*. Constanța: SITECH, 2019, p. 117-129. ISBN 978-606-11-6843-9.
2. **POPESCU, O.** Intervenția logopedică și dezvoltarea de competențe sociale și emoționale – premise ale integrării social a copiilor cu tulburări de vorbire. In: *Drumuri spre suflet*, 2016, nr.5. ISSN 2343 – 9416.
3. **POPESCU, O.** Mediul social imediat (familia și școala) și tulburarea de vorbire a copilului. In: *Drumuri spre suflet*, 2016, nr.4. ISSN 2343 – 9416.
4. **POPESCU, O.** Particularitățile ale interacțiunilor sociale la copiii cu tulburări de vorbire. In: *Psihologie, Revistă științifico-practică*, 2016, nr.1-2, p. 62-70. ISSN 1857-2502.
5. **POPESCU, O.** Utilizarea intervenției logopedice în vederea integrării sociale a copiilor cu tulburări de vorbire. In: *Psihologie, Revista științifico-practică*, 2016., nr. 3-4, p. 39-48. ISSN 1857-2502.
6. **POPESCU, O.** Etapele dezvoltării limbajului la copilul normal. In: *Drumuri spre suflet*, 2014, nr. 3, p. 66-68. ISSN 2343 – 9416.
7. **POPESCU, O.** Tulburările de vorbire la copil. Violentă verbală - depresie. Cauză și efect asupra integrării sale sociale. In: *Exemple de bune practici în prevenirea și combaterea violenței din mediul școlar*. Craiova: Else, 2014, p. 137-144. ISSN 2360 – 0527.
8. **POPESCU, O.** Formarea abilităților sociale în terapia bâlbâielii. Profil psihopulsional versus profil psihosociocomportamental. In: *Universitas Europea*, 2012, p. 30-32. (fără ISBN).
9. **POPESCU, O.** Tulburările de vorbire la copil și depresia. Cauză și efect asupra integrării sale sociale. In: *Simpozion Județean "Depresia: o criză globală", CJRAE Gorj, Târgu Jiu, 10 octombrie 2012*. Târgu Jiu: Măiastra, 2012, p. 82-85. ISBN 978-606-516-645-5.
10. **POPESCU, O., RUSNAC, S.** Tulburări de vorbire și integrare socială la copii/Children's speech disorders and social integration. In: *Preocupări contemporane ale științelor socio-umane. Materialele Conferinței Științifice Internaționale prilejuite aniversării a 15 ani de la fondarea Facultății Psihologie, Științe ale Educației și Asistență Socială. Ediția a VI-a - Mentalități ale societății în transformare. Chișinău, 11-12 decembrie, 2015*.

Chișinău: S.n. (Tipograf. Biotehdesign), 2016, p. 354-362. ISBN 978-9975-933-79-7.

11. **POPESCU, O., OPRIȘOR, V. E.** Rolul familiei și școlii în învățarea comunicării elevilor. In: *Păstrarea integrității familiei – politică prioritară pentru protecția copilului. Materialele Conferinței Internaționale Științifico-practice. 15 mai 2014.* Chișinău: Artpoligraf, 2014, p. 133-135. ISBN 978-9975-3036-3-7.
12. **POPESCU, O.** Children with language and communication impairment in the school environment. In: *Euromentor journal. Studies about education*, March 2016, Volume VII, No. 1, p. 81-92. ISSN 2068-780X.
13. **POPESCU, O., STERIAN M.** Parental perception of the child's behavior and communication difficulties - psychosocial correlates. In: *Euromentor journal. Studies about education*, March 2016, Volume VII, No. 1, p. 46-56. ISSN 2068-780X.
14. **POPESCU, O., NEGOVAN, V., STERIAN, M.** Interparental relationships and preparatory class children's self-esteem and self efficacy. In: *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 2015, 187, p. 637-64. ISSN 18770428.

**Competențe și abilități  
tehnice**  
**Utilizarea computerului**  
**Aptitudini artistice**  
**Alte competențe și abilități**

Reparații simple ale unor utilaje tehnice în mediul casnic, administrarea diferitor utilaje și instalații tehnice casnice. Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint), SPSS etc.  
Poezie, proză, pictură  
Empatie, comprehensiune în comunicarea interpersonală, creativitate și inovație în orice activitate, permanenta tentativă de a cunoaște și dezvolta abilități noi, spirit de echipă, capacitate de elaborare a ideilor și proiectelor noi, implicare activă în proiecte sociale și psihosociale etc..

**Permis de conducere**

Categoria B