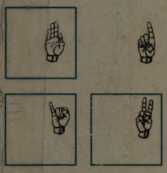
376.36(05)
A 63

e n i e A n u c u ț a

LOGOPEDIE



PENTRU:

PROFESORI

LOGOPEZI

STUDENȚI

ÎNVĂȚĂTORI

EDUCATORI

Editura Excelsior

Coperta: Dan Florin Spătaru

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
PARTENIE, ANUCUȚA
Logopedie / Partenie Anucuța. - Timișoara : Excelsior, 1999
1 p. ; 20 cm. - (Ce știm despre...)
Bibliogr.
ISBN 973-592-000-X

376.36

© 1999 Editura Excelsior — Timișoara
Str. Proclamația de la Timișoara nr. 5, et. II, ap. 24A
Telefon/fax: 056/133631, ROMÂNIA.

✓ 376.36(075)
A63

Partenie Anucuţa

LOGOPEDIE

– curs –

pentru studenţi şi cadre didactice
(logopezi, educatoare, învăţători, profesori)

BŞ UPT „Regina
n. DE INV 552039

Editura "EXCELSIOR" Timişoara
1999



INTRODUCERE

Copilul, acest candidat la umanitate, are de parcurs un drum îndelungat şi uneori foarte dificil. Reuşita parcursului este influenţată de factori multipli, dintre care fundamentali sunt zestrea ereditară cu care se naşte şi mai ales mediul social şi educaţia. Dacă evoluţia lui este normală, copilul trece firesc de la o totală dependenţă de părinţi, mai ales de mamă, din prima perioadă de după naştere, la o independenţă treptată şi la lărgirea şi diversificarea relaţiilor cu ceilalţi. Treptat, învaţă să comunice, să colaboreze, se orientează spre mediul înconjurător, asimilează experienţe, însuşeşte comportamente etc. Toate acestea nu se pot realiza în afara *limbajului.* De aceea este necesară cercetarea limbajului sub diverse aspecte. În cursul timpului s-au adunat multiple informaţii teoretice şi practice privitoare la limbaj. Importanţa acordată acestei forme de activitate se explică prin faptul că pe de o parte claritatea exprimării îşi pune amprenta în bună parte asupra întregului progres intelectual al persoanei, iar pe de altă parte pentru că există o imensă varietate verbală dar şi multiple forme tulburate de limbaj care trebuie corectate.

Preocupări pentru exprimarea logică, corectă a ideilor, pentru cultivarea vocii dar şi pentru corectarea defectelor de vorbire s-au manifestat din cele mai vechi timpuri. Deşi aveau unele defecte de pronunţie Isocrates, Demostene şi Cicero au reuşit să le corecteze devenind mari oratori ai antichităţii. Există, de asemenea, preocupări pentru formarea şi dezvoltarea unei vorbiri corecte şi agreabile la membrii societăţii în operele lui Plutarh, Platon, Aristotel etc.

Preocupările legate de limbaj, de tulburările acestuia au continuat de-a lungul secolelor. Un rol deosebit l-au avut studiile lui Broca (1861) în domeniul afaziei motorii, ale lui Wernicke (1871) pentru afazia senzorială, ale lui Netcacio referitor la terapia bâlbâielii, ale lui Albert şi Herman Gutzman cu privire la metodele de corectare a defectelor de vorbire, ale lui Emil Fröschels etc.

În ultimele decenii preocupările privitoare la corectarea deficienţelor de limbaj s-au intensificat, realizându-se un *sistem unitar de terapie logopedică.*

În România, practica logopedică s-a legalizat în anul 1949 şi s-a amplificat o dată cu înfiinţarea cabinetelor logopedice din şcoli şi policlinici, în anul 1957.

Activitatea corectiv-recuperatorie trebuie să înceapă cu copiii preşcolari şi şcolari mici pentru a evita transformarea tulburărilor de vorbire în deprinderi greşite şi a permite desfăşurarea, în condiţii adecvate, a procesului instructiv-educativ. Faţă de vârstele avansate, la cele mici frecvenţa tulburărilor de vorbire este mai mare dar şi corectarea lor este mult mai facilă în comparaţie cu perioadele înaintate. Desigur, nu vor fi neglijaţi preadolescenţii, adolescenţii sau chiar adulţii cu tulburări de limbaj, deoarece la aceştia frământările interne sunt mai accentuate şi influenţează negativ structurile de personalitate. Metodele şi procedeele utilizate în activitatea terapeutică logopedică sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, iar alegerea lor este în funcţie de fiecare subiect în parte, de tipul deficienţei şi gravitatea acesteia, de vârsta şi nivelul lui de dezvoltare psihică, de etiologia şi simptomatologia acestora.

În terapia handicapurilor de limbaj se folosesc două categorii mari de metode şi procedee:

- unele sunt generale şi comune pentru toate categoriile de handicapaţi;
- altele sunt specifice şi se adoptă în funcţie de fiecare caz în parte.

Deseori ele se aplică combinat şi vizează, în egală măsură, aspectele corective ale limbajului ca şi stimularea activităţii psihice în ansamblu.

CAP. I

CLASIFICAREA ŞI ETIOLOGIA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

1.1. Clasificarea tulburărilor de limbaj

În literatura de specialitate există mai multe încercări de clasificare a tulburărilor de limbaj, în funcție de varietatea criteriilor (etiologic, lingvistic, morfologic, simptomatologic etc.).

C. Păunescu (1966) diferențiază trei mari categorii se sindroame:

a) Sindromul dismaturativ manifestat prin întârzierea simplă în apariția şi dezvoltarea vorbirii, dislalia de evoluție, bâlbâiala fiziologică, dislexia - disgrafia de evoluție;

b) Sindroamele extrinseci limbajului şi vorbirii: dislalia, disartria, disritmia (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia);

c) Sindroamele intrinseci limbajului şi vorbirii, comportând tulburarea elaborării ideaționale a limbajului şi grupând sindromul disintegrativ sau disfazia şi sindromul dezintegrativ sau afazia.

Mai recent E. Verza (1982) realizează o clasificare a tulburărilor de limbaj îmbinând mai multe criterii în acelaşi timp (anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic şi psihologic) în şase categorii:

A. Tulburări de vorbire

I. Tulburări de pronunție

a. Dislalia

b. Rinolalia: deschisă, închisă, mixtă

c. Disartria

II. Tulburări de ritm şi fluență

Bâlbâiala

Tahilalia

Bradilalia

III. Tulburări de voce

Afonia

Disfonia
Fonastenia

B. Tulburări de citit-scris
Alexia - dilexia
Agrafia - disgrafia

C. Tulburări complexe de limbaj
Alalia
Afazia

D. Tulburări de dezvoltare a limbajului
Mutismul
Întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii

1.2. Etiologia tulburărilor de limbaj

Există o mare varietate a cauzelor tulburărilor de limbaj începând cu unele anomalii anatomo-fiziologice ale sistemului nervos central ori nesincronizări în funcționarea segmentelor aferente-eferente etc. și terminând cu imitarea unor modele greșite de pronunție, utilizarea unor metode neadecvate de educație etc.

Frecvent tulburările de limbaj sunt consecința acțiunii simultane sau succesive a mai multor factori care acționează fie în perioada intrauterină sau în momentul nașterii, fie în cursul vieții individuale, în special în primii ani. Aceste cauze vor fi enumerate și la fiecare dintre tulburările prezentate. Ele pot fi grupate în funcție de forma lor în trei mari categorii: organice, funcționale și psihosociale (E. Lăscuș, 1997).

1.2.1. Cauzele organice

După localizare, cauzele organice pot fi centrale și periferice. După perioada de acțiune a agentului cauzal ele pot fi congenitale sau dobândite.

Dintre cauzele organice *din perioada intrauterină* amintim:

- infecții virale, rubeola, toxoplasmoza;
- intoxicațiile grave;
- leziunile cerebrale la făt;
- avitaminoza mamei în graviditate;
- iradierea cu substanțe radioactive;
- încercările de avort prin folosirea diferitelor substanțe sau plante toxice etc.

Altele acționează *în timpul naşterii,* cum ar fi naşterea precipitată sau prelungită care pot provoca leziuni ale sistemului nervos.

Cauzele care pot acționa *după naştere* sunt: hemoragia, tromboza şi embolia vaselor cerebrale - tulburări vasculare cu urmări grave asupra dezvoltării neuropsihice generale.

Tot în această perioadă pot acționa meningo-encefalitele produse de diferiți microbi şi viruşi (T.B.C., variolic, rujeolic, gripal etc.).

Toate cauzele organice centrale care acționează în timpul sarcinii intervin, pe lângă acțiunea distructivă asupra sistemului nervos central şi în apariția diferitelor anomalii congenitale (anomalii maxilo-faciale, malformații buco-faringiene etc.).

Cauzele organice periferice pot determina, la rândul lor, multe anomalii. Astfel sugerea sistematică a degetelor poate cauza deformări orofaciale şi unele infecții care vor împiedica dezvoltarea normală a organelor fono-articulatorii.

Lipsa igienei corespunzătoare poate provoca, la nivelul urechilor, afecțiuni de natură infecțioasă ca otite, edeme ale tecii nervului acustic. Netratate la timp, asemenea afecțiuni generează hipoacuzie, surditate, paralizii faciale etc.

Leziunile nervilor motori ai musculaturii organelor periferice pot provoca paralizii parțiale sau totale ale muşchilor ce participă la fonație şi articulație; ele determină o dereglare a coordonărilor rapide şi complexe ale muşchilor implicați în vorbire.

Unele malformații ale organelor periferice sunt rezultatul acțiunii factorilor nocivi atât în perioada intrauterină cât şi în primii ani de viață ca urmare a neglijenței sau a educației deficitare. Structurarea lor, după diferitele organe la care apar, se prezintă astfel:

a) palatul dur:
- despicăturile (simple sau duble);
- palatul ogival (gotic);
- palatul plat.

b) vălul palatin
- paraliziile vălului palatin (se pot rezolva în mare parte prin intervenții chirurgicale - faringoplastie);
- insuficiența velo-palatină (de multe ori mascată de vegetații adenoide).

c) lueta
- bifidă;
- prelungă şi flască.

d) buzele
- despicăturile (buza de iepure);
- paraliziile muşchilor.

e) limba
- chisturi linguale;
- macroglosia;
- aglosia;
- anchiloglosia (scurtarea exagerată a frenului lingual);
- inervaţia deficitară;
- paraliziile terminaţiilor nervoase ale sistemului hipoglos.

f) anomalii dento-maxilare
- prognatism;
- progenie;
- muşcătură deschisă.

1.2.2. Cauzele funcţionale

Cauzele funcţionale pot determina apariţia tulburărilor de vorbire fără a exista leziuni organice. Ele constau în:
- tulburări neurodinamice ale proceselor de excitaţie şi inhibiţie;
- insuficienţe polifuncţionale ale sistemului nervos central;
- tulburări de nutriţie la nivelul celulelor corticale; sau o consecinţă a acestora;
- tulburări periferice.

Se referă la insuficienţe motorii, în special ale motricităţii fine a organelor articulatorii şi ale auzului fonematic.

Sunt în strânsă interacţiune cu cele de origine organică atât centrale cât şi periferice: lipsa de exerciţiu a organelor periferice lezate provoacă o insuficienţă funcţională la nivel cortical iar leziunile la acest nivel provoacă, la rândul lor, insuficienţe funcţionale ale motricităţii organelor periferice.

1.2.3. Cauzele psihosociale

Cauzele psihosociale ale tulburărilor de limbaj trebuie căutate în caracteristicile limbajului persoanelor cu care copiii vin în contact şi modul în

care ei şi-l însuşesc. Uneori aceste cauze sunt în corelaţie cu cele organice şi funcţionale, alteori pot fi izolate.

Această categorie cuprinde (E. Lăscuş, 1997):

- greşelile educative;
- educaţia forţată, exagerată (hiperperfecţionismul).

Greşelile educative se referă la insuficienta stimulare a copilului sub aspectul relaţiilor sociale şi al comunicării verbale, modele insuficiente de vorbire, relaţii afective necorespunzătoare în familie etc.

Educaţia forţată se referă la stimuli prea numeroşi, accelerarea forţată a ritmului de dezvoltare a vorbirii, cerinţe exagerate faţă de exprimarea verbală etc.

Mulţi părinţi îşi neglijează copiii, lăsându-i mai mult singuri sau în preajma copiilor de aceeaşi vârstă de la care aud o vorbire la fel de incorectă ca şi a lor. Astfel, din lipsa stimulării, vorbirea preşcolarilor se dezvoltă anevoios sub aspect fonetic, lexical şi gramatical.

Vorbirea incorectă (peltică, cu particularităţi regionale) a celor din preajma copilului mic are influenţe negative asupra vorbirii copilului. Gravă este, de asemenea, vorbirea infantilă a părinţilor; în astfel de situaţii ei procedează nepedagogic, fiind datori să vorbească corect, indiferent de vârsta copilului, tocmai pentru a-i oferi un model corespunzător de pronunţie.

Relaţiile afective necorespunzătoare din familie (răsfăţ exagerat, alintare, purtare brutală a părinţilor între ei sau faţă de copil) pot declanşa tulburări de vorbire.

O altă cauză a declanşării tulburărilor de vorbire o constituie bilingvismul. Părinţii trebuie să ştie că introducerea unei alte limbi este bine să se facă numai după ce copilul stăpâneşte limba maternă.

La fel de dăunătoare ca şi greşelile educative este educaţia forţată deoarece ea determină suprasolicitarea copilului, atât fizică precum şi psihică, părinţii ori persoanele care intră în contact cu el necunoscând ori neţinând seama de particularităţile lui psihofizice.

Deci, putem afirma că tulburările de vorbire sunt determinate de un ansamblu de cauze ce acţionează fie izolat fie în asociere, de aceea atât pentru stabilirea diagnosticului cât şi pentru găsirea celor mai bune metode de intervenţie terapeutică, trebuie cunoscute aceste cauze în ansamblu şi interacţiunea lor.

CAP. II

FRECVENȚA ȘI NECESITATEA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE ÎN CAZUL TULBURĂRILOR DE LIMBAJ

2.1. Frecvența tulburărilor de limbaj

Nu a fost elaborată, până în prezent, o metodă comună pentru depistarea tulburărilor de vorbire, dar s-au semnalat multe încercări de realizare a unor situații statistice a acestora. Deoarece cercetările s-au efectuat pe populații mai mult sau mai puțin numeroase, după criterii diferite, în zone diferite, cu exigențe diferite etc., *nu există concordanță între datele statistice existente.* La toate însă se înregistrează, în special *la vârste mici, o frecvență destul de ridicată a tulburărilor de vorbire.*

Astfel, datorită frecvenței estimate la 5-10% în rândul școlarilor de 8-15 ani, dislexia, disgrafia și disortografia sunt considerate de către E. Boltanski (1982) o adevărată "*maladie a secolului*".

La alți autori proporția tulburărilor de limbaj este și mai ridicată. N.A. Nikașina găsește pentru copiii de clasa I a școlii de masă 19,3% handicapați de limbaj, Hvatțev (și colab.) găsesc că proporția tulburărilor de limbaj la clasele I-IV este 17,9%; într-o cercetare în Elveția proporția lor variază între 12 și 32%, în funcție de așezare rurală sau urbană (după E. Verza, 1982). Desigur, frecvența tulburărilor de limbaj este mult mai mare la copiii din școlile speciale.

I. Mititiuc (1996) făcând o trecere în revistă a tulburărilor de limbaj întâlnite într-o serie de grădinițe și școli (clasele I-IV) constată că *frecvența cea mai mare o înregistrează tulburările care afectează rostirea și mai puțin cele care afectează limbajul propriu-zis, tulburări în special din sfera sindromului dismaturativ,* determinate de o întârziere ușoară în apariția și dezvoltarea vorbirii (dislalia de evoluție, bâlbâiala fiziologică, dislexia-disgrafia de evoluție), acestea fiind condiționate fie de un ritm propriu de dezvoltare, fie de o frânare sau încetinire a ritmului obișnuit de dezvoltare a vorbirii prin factori afectivi și sociali.

Cea mai mare răspândire o au pronunțările incorecte ale unor sunete și cuvinte: așa-zisa dislalie simplă sau polimorfă. Mai des sunt întâlnite dislaliile funcționale de evoluție și mai rar cele organice. Deoarece dislaliile fiziologice dispar în jurul vârstei de patru ani, când copilul își însușește modelele pronunției adulte, considerăm în mare parte patologice dislaliile întâlnite în clasele I-IV. Aceşti copii fac să se ridice proporția dislaliilor la clasa I, și apoi să se reducă mult în clasele II-IV. Astfel din 281 copii dislalici (din 4000 examinați, adică aproximativ 7%), un număr de 230 au fost din clasa I și numai 51 din clasele II-IV.

La clasele II-IV, o mare parte a alterărilor de pronunție intră în sfera dislaliilor organice, cauzate de lezări structurale ale organelor periferice sau centrale ale vorbirii. Dislaliile mecanice provocate de malformațiile organelor fonoarticulatorii periferice, structurale, de leziuni periferice motorii sau senzoriale, precum și cele determinate de un deficit auditiv sunt mult mai rare, aproximativ 0,1%. Există cazuri în care tulburările dislalice se manifestă simultan în diferite asocieri: fie cu dislexie-disgrafie, fie cu bâlbâială. Din 629 copii logopați, 19 (aproximativ 3%) prezentau tulburări cuplate. Majoritatea (11) dislalie-dislexie-disgrafie.

Cele mai puține cazuri, dar și cele mai grave, sunt cele cu tulburări ideaționale ale limbajului, tulburări de tip afazic.

La clasele II-IV, frecvența cea mai mare o înregistrează tulburările limbajului scris, dislexiile-disgrafiile, ce ating un procentaj de circa 24%. Dislexiile-disgrafiile întâlnite se prezintă sub diferite forme și intensități, de la simple greutăți în citire și scriere, până la incapacitatea cunoașterii literelor și scrierii lor, dislexii-disgrafii fie de natură afazică (greutățile constând în găsirea literelor, a cuvintelor, scrierea lor corectă), fie de natură apraxică, erorile constând în executarea literelor. Mai frecvente sunt cele însoțite de caracteristici afazice.

S-au acordat mai multe explicații frecvenței mari a dislexiilor-disgrafiilor. Ea a fost atribuită:

- tulburărilor de motricitate;
- stângăciei contrariate;
- tulburărilor de vorbire etc.

S-a constatat că nu există o corelație ridicată între tulburările de vorbire și dislexie-disgrafie. Există, totuși, un raport între forma vorbită și cea scrisă, mai pregnant în tulburările severe de limbaj și la subiecții cu vorbire întârziată.

Multe dintre greşelile citit-scrisului la elevii mici nu pot fi considerate dislexii-disgrafii, deoarece ele se produc în limitele evoluţiei normalului în cadrul şcolarizării. Unele dintre aceste greşeli se produc datorită unui conflict ce apare între individualitatea receptivă modificată a copilului şi oscilaţia legilor fonetice, care face să se producă greşeli numai la anumite cuvinte, cu o structură fonologică dificilă în ceea ce priveşte analiza şi sinteza, fenomen numit disfonie de către C. Păunescu (1967).

2.2. Necesitatea intervenţiei terapeutice în cazul tulburărilor de limbaj

Multe dintre greutăţile constatate în clasa I se datorează unei imaturităţi şcolare. Deoarece reprezintă unul din criteriile şcolare adecvate, analiza maturităţii-imaturităţii şcolare trebuie să stea în atenţia unui număr tot mai mare de specialişti.

Sistemul neuromotor şi limbajul sunt unele dintre aspectele importante sub care trebuie privit viitorul şcolar alături de aspectul somatic, dezvoltarea psihică, fizică, abilităţi, intelect etc.

Elaborarea deprinderilor de citit-scris, achiziţionarea corectă a limbajului sunt îngreunate la mulţi elevi datorită unor variate fenomene psihomotorii: inabilităţi manuale; mişcări ale mâinilor intens necoordonate sau cu o coordonare şi precizie redusă; dezorganizări ale funcţiei vizual-motorii; dominanţa lateralităţii nestabilizată, oscilantă, ezitantă; dificultăţi în percepţia şi organizarea temporală a relaţiilor spaţiale. (Multe dintre acestea au fost evidenţiate în cadrul unei cercetări referitoare la elevi ambliopi cu tulburări de citit-scris - P. Anucuţa, 1986 şi mai ales la elevi cu dublă deficienţă - ambliopi şi deficienţi mintali care întâmpină dificultăţi de citit-scris - L. şi P. Anucuţa, 1988). Aceşti copii prezintă întârzieri în sfera proceselor cognitive de tip senzorial (mai ales a orientării şi structurii spaţiale), care influenţează în mod negativ acuitatea perceptivă şi receptarea adecvată, mai ales a stimulilor vizuali şi auditivi. Uneori nu pot percepe diferenţele între diferitele forme grafice şi nu pot stabili legături între simbolurile grafice.

O serie de particularităţi prezintă şi limbajul imaturilor şcolari:

- relatarea evenimentelor, povestirilor, impresiilor etc. este deseori incoerentă, inexpresivă;

- dificultăți în formarea noțiunilor;
- tulburări de pronunție;
- dificultăți de citit-scris.

Necesitatea intervenției terapeutice în cazul tulburărilor de limbaj este evidentă căci încă din antichitate s-a constatat că tulburarea mecanismelor fonoarticulatorii poate cauza la unele persoane *conflicte de integrare socială, conflicte psihice grave,* care tulbură personalitatea, sau *conflicte sociale* care tulbură relațiile în grup. Aceasta cu atât mai mult cu cât având în vedere aspectul bipolar al limbajului, de comunicare și înțelegere, adică interdependența dintre gândire și limbaj este absolut normal să nu cercetăm unul fără celălalt, limbajul fiind învelișul gândirii, iar gândirea fiind cea care pune ordine în limbaj. De aici nu rezultă că limbajul este legat numai de gândire, că persoana care nu vorbește nici nu gândește. Limbajul este legat și de condițiile de mediu și de o mulțime de alți factori decât gândirea: memoria, reprezentarea, imaginația, atenția etc.

Tulburările apărute la nivelul limbajului sau al intelectului pot produce modificări reciproce. Astfel, tulburările de limbaj severe (afaziile) sunt însoțite și de tulburări de recepție, interpretare, evocare, generalizare, emisie etc. a mesajului, iar deficiențele mintale (în special cele mai grave) nu permit dezvoltarea normală a limbajului, apărând dislogiile specifice.

Deci, o parte din tulburările de vorbire sunt determinate de deficitul intelectual, dar și ele influențează, într-o oarecare măsură, dezvoltarea intelectuală (împiedică dezvoltarea gândirii creatoare, flexibile, capabilă de generalizări și abstractizări pentru că acestea presupun un bun nivel de dezvoltare a limbajului), influențează reușita școlară, integrarea normală în grupul clasei, într-o măsură direct proporțională cu gravitatea lor și în funcție de specificul fiecăreia. Astfel, unele tulburări de vorbire cauzează carențe în sfera intelectuală, altele în cea afectiv-motivațională, volitivă sau a personalității, iar altele doar simulează tulburări patologice ale intelectului. Toate tulburările de limbaj determină însă, într-o măsură variabilă, modificări psihice și de comportament, dificultăți în procesul de integrare și adaptare, în orientarea școlară și profesională etc. La mulți copii cu tulburări de limbaj apar și tulburări nevrotice și reactive, sechele encefalopatice, boala Down, instabilitate psihomotorie, greutăți de orientare spațială etc. Altele sunt determinate de unele afecțiuni somatice cronice, cu influențe negative pe plan neuropsihic. În aceste condiții, este normal ca copiii să întâmpine greutăți în procesul de adaptare și integrare. La mulți copii cu

tulburări de limbaj apar greutăți atât în procesul de emisie cât și în cel de recepție, deoarece vorbirea lor este asociată cu o stare afectivă negativă. Procesul normal de priză de informație, de recepție este perturbat de o stare de inhibiție produsă de teama de vorbire.

La copiii cu intelect normal, conștientizarea defectului de limbaj produce o stare de iritare, de irascibilitate. De la un an școlar la altul manifestările psihice se accentuează, apare o stare de oboseală fizică și intelectuală (uneori chiar oboseală cronică sau surmenaj), o hipersensibilitate afectivă, ajungându-se, în cazurile mai grave, sau netratate sistematic, până la refuzul de a vorbi, opoziție, tulburări de comportament, dezinteres pentru activitatea școlară, delincvență juvenilă etc. La unii se manifestă și tulburări neurovegetative: dereglări în perioadele de somn, în relația excitabilitate-inhibiție etc. ajungându-se chiar la nevroză sau psihoză (I. Mititiuc, 1996).

Astfel de idei apar la mulți autori. E. Boltanski (1982) consideră că dislexia - care se asociază frecvent cu disgrafia și disortografia - atrage după sine alte dereglări suplimentare: tulburări reacționale de eșec, pasivitate, refuz școlar, sentiment de inferioritate, handicap în formarea unei personalități sănătoase și în adaptarea socială, tulburări de vorbire și de lateralitate etc. R. Lafon (1963) arată că dislexia este adesea sursa tulburărilor de comportament, iar drept cauze ale inadaptării juvenile amintește pe lângă dislexia de evoluție și disortografia, bâlbâiala, întârzieri ale limbajului. Ca toate dereglările de vorbire, tulburarea limbajului scris-citit îngreunează integrarea socială și poate duce la comportamente antisociale (Trojan Felix), ca urmare a eșecurilor și conflictelor permanente ce survin în viața școlarului. El devine "rebel" sau descurajat (C. Launay), pasiv, nepăsător, inert, opoziționist și în general retras, închis în sine, tăcut și uneori poate evita tovărășia colegilor (E. Hvatțev). Pe măsura înaintării în vârstă, la preadolescenți și adolescenți, dacă nu sunt corectate dislexia și disgrafia, tulburările de comportament se agravează în sensul că ei devin agresivi și opozanți în familie și societate, au o personalitate nematurizată și datorită insuccesele repetate pe care le încearcă, după cum arată C. Launay (după E. Verza, 1970).

Se poate, deci, concluziona că *tulburările de vorbire au urmări,* uneori destul de grave, *atât în cadrul învățării cât și asupra personalității în ansamblul ei, a adaptabilității sociale,* perturbând poziția copilului în cadrul grupului școlar, făcându-l să devină un inadaptat.

Dacă tulburările de limbaj apar pe fondul altor deficienţe (senzoriale, fizice etc.), tulburările de personalitate deja existente în mai toate cazurile se accentuează determinând comportamente antisociale, o slabă integrare în grup, izolare de grup, negativism, încăpăţânare, subaprecierea propriilor forţe, iar prin amplificarea lor, complexe de inferioritate, fobia vorbirii (E. Verza, 1982).

Pe lângă toate acestea, dacă vom porni de la funcţiile de bază ale limbajului, cognitivă şi de comunicare, de la faptul că aproximativ 30% din relaţia umană este de natură verbală, precum şi de la modificările pe care acestea le produc, vom putea aprecia mai bine importanţa logopediei, care are nu numai un rol corectiv terapeutic, ci îşi propune în special stimularea şi dezvoltarea limbajului, prevenirea şi profilaxia tulburărilor de limbaj oral şi scris, de la cea mai fragedă vârstă, contribuind astfel la preîntâmpinarea eşecului şcolar, la egalizarea şanselor de instruire, de educaţie şi integrare, prin compensarea şi corectarea tulburărilor logopedice, pregătindu-i în acest mod şi pe aceşti copii pentru viaţă şi activitatea socială (I. Mititiuc, 1996).

BŞ Ur- ... HEANGA
n. DE INV. 52039

CAP. III

UNELE ASPECTE ALE ORGANIZĂRII MUNCII LOGOPEDICE

3.1. Depistarea (examinarea selectivă)

Terapia logopedică constituie o activitate complexă, care se desfăşoară pe planuri multiple şi variate, individual sau pe grupe mici în funcţie de mai mulţi factori: etiologia tulburării, modul de evoluţie şi gravitate, vârstă etc.

Activitatea terapeutică logopedică debutează cu înregistrarea logopatului care se efectuează în urma perioadei de depistare a copiilor cu tulburări de limbaj. *Depistarea* se realizează de obicei în cursul primelor două săptămâni de şcoală, când fiecare logoped trebuie să desfăşoare un examen sumar al tuturor copiilor din circumscripţia logopedică.

Examinarea selectivă cuprinde (E. Lăscuş, 1966):

- acţiuni organizatorice;
- acţiuni de examinare propriu-zise.

a) *Acţiunile organizatorice* constau din:

- programarea unităţilor preşcolare şi şcolare din zona cabinetului logopedic;
- alegerea unei încăperi adecvate în care să se desfăşoare activitatea de examinare.

Examinarea propriu-zisă se realizează prin:

- convorbiri simple (Cum te cheamă? Ce vârstă ai? Unde locuieşti? Care sunt principalele părţi ale corpului? Numără până la zece etc. Întrebările trebuie astfel alese încât răspunsurile să cuprindă şi acele sunete care apar mai târziu în evoluţia ontogenetică a limbajului şi care sunt mai frecvent distorsionate);
- convorbiri mai extinse pentru acei copii care pronunţă în mod defectuos unele sunete (în caietul de depistări se vor nota apoi atât sunetele defectuos pronunţate cât şi cuvintele în care au fost depistate, pentru a se putea efectua o analiză ulterioară mai completă);

- probe simple pentru examinarea limbajului scris (dictări, copieri, povestirea în scris a unui fragment citit etc. De asemenea, este indicat să se discute cu învățătoarea și să se observe caietele de dictare);
- probe mai complexe pentru copiii disgrafici (în vederea surprinderii nivelului de dezvoltare a capacității fonetice, a orientării temporo-spațială a lateralității, a percepției și memoriei vizuale etc.).

Este indicat ca activitatea de examinate (depistare) să se desfășoare degajat, logopedul să inspire cât mai multă încredere.

La sfârșitul examinării, educatoarele, învățătoarele și părinții vor fi informați asupra constatărilor desprinse.

Apoi urmează să se înregistreze deficiențele logopedice întâlnite, să fie invitați cei cu tulburări de limbaj la cabinetul logopedic, unde, după o examinare complexă se va stabili diagnosticul și se vor forma grupele după mai multe criterii: vârstă, deficiență, gravitate, mod de evoluție, trăsături de personalitate etc. În funcție de diagnosticul și prognosticul gravității defectului, se va planifica un program de lucru pentru fiecare copil logopat, între 2-5 ședințe pe săptămână. *Prioritate se va acorda copiilor mici,* pentru a evita transformarea tulburării în deprindere, datorită faptului că aceasta se înlătură cel mai greu, într-un timp mai îndelungat. Desigur, nici puberii sau adolescenții nu vor fi neglijați deoarece la ei tulburările logopedice pot determina profunde modificări de personalitate. *Vârsta optimă a debutului activității terapeutice logopedice este cea mică* dar nu se poate stabili o regulă general-valabilă. Ea va fi stabilită în funcție de specificul tulburării. În caz că sunt necesare unele intervenții chirurgicale (palat despicat, spre exemplu), activitatea terapeutică logopedică va începe după rezolvarea medicală. Dacă avem de-a face cu un început de bâlbâială nu trebuie oprită evoluția. În cazul unei dislalii fiziologice, activitatea terapeutică logopedică nu este necesară etc.

3.2. Examinarea completă (integrală)

Examinarea complexă se desfășoară în cabinetul logopedic. Recomandarea de la care se pornește este realizarea unui *mediu de examinare optim și stimulativ* în care subiectul să se poată exprima cât mai bine și logopedul să poată surprinde cele mai fine nuanțe ale dezordinilor produse în dezvoltarea lui. De aceea examinarea trebuie să fie complexă, să evidențieze și aspectele

esențiale ale conduitei școlare generale pentru a permite fixarea unui diagnostic corect și diferențiat, a unui prognostic adecvat care să ușureze găsirea unei terapii logopedice optime. Dacă tulburările logopedice prezintă o gravitate deosebită, prin diagnosticarea complexă logopedul trebuie să depisteze și modul de intercondiționare dintre conduita verbală, dezvoltarea mintală și psihică, iar uneori chiar dezvoltarea personalității.

3.2.1. Obiective, mediul de examinare, metode, documente logopedice

Principalele *obiective* ale examinării complexe sunt (C. Stănică, E. Vrăşmaş, 1994):

- precizarea diagnosticului, a deficiențelor (dezordinilor) de limbaj;
- aprecierea posibilităților de comunicare de care dispune logopatul și stabilirea prognozei;
- elaborarea proiectului de terapie;
- cunoașterea dezvoltării intelectuale și a trăsăturilor de personalitate.

Cu cât dezordinile limbajului sunt mai grave cu atât trebuie să ne preocupe mai mult investigarea tuturor laturilor personalității copilului.

Pentru realizarea acestor obiective *mediul de examinare* trebuie concretizat într-o atmosferă stenică, dezinhibată și relaxantă. De aceea, o problemă deosebită o reprezintă modul de amenajare a cabinetului. În acest scop este bine să se realizeze unele acțiuni ca:

- utilizarea unor panouri viu colorate, atractive, interesante, cuprinzând categorii variate de obiecte și fenomene, alfabetare ilustrate, jucării etc.;
- apelarea la unele materiale clare, concise, expresive, în concordanță cu mediul natural al copilului.

În cursul examinării complexe se apelează la următoarele metode:

- metoda convorbirii cu logopatul, cu familia, cu factorii educativi implicați;
- aplicarea unor probe și teste specializate;
- observația permanentă în activitatea școlară, în pauze etc.;
- analiza psihologică a reușitei școlare, a educației speciale, a rezultatelor obținute în activitatea terapeutică.

Rezultatele examinării și activității terapeutice se consemnează în *fișa logopedică*, în *caietul de observații asupra logopatului*, în *caietul de înregistrare*

a terapiei propriu-zise sau în *alte documente logopedice.* Important este să fie prezentate cât mai corect atât imaginea de început a logopatului cât şi evoluţia tulburării de limbaj pe parcursul activităţii terapeutice.

3.2.2. Principii ale examinării complexe

Examinarea complexă trebuie să respecte anumite *principii* (C. Stănică, E. Vrăşmaş, 1994):

- realizarea unei atmosfere destinse, stenice, optimiste, încurajatoare, chiar vesele;
- utilizarea unor probe care să evidenţieze cât mai clar atât deficitul de limbaj, cât şi deficienţele asociate (dacă este cazul);
- legătura continuă a logopedului cu familia copilului pentru încadrarea clară a elementelor de anamneză;
- legătura logopedului cu cadrele didactice care predau copilului pentru cunoaşterea clară a relaţiilor logopat-activitate şcolară;
- evidenţierea diagnosticului, a etiologiei deficienţei şi stabilirea unei prognoze de start, precum şi a unei colaborări permanente cu copilul, cu familia şi cu şcoala.

3.2.3. Examinarea complexă propriu-zisă

Examinarea complexă (integrală) constă din parcurgerea mai multor etape:

A. *Înregistrarea cazului* este realizată în urma perioadei de depistare a tulburărilor de limbaj (vezi 3.1.).

B. *Consemnarea anamnezei* în urma convorbirii cu unul dintre părinţii copilului (de preferinţă mama) şi apelând la fişa medicală a copilului. Trebuie consemnate: bolile ereditare, malformaţiile, naşterea, bolile infecţioase care au lăsat urmări, dezvoltarea afectivităţii, dezvoltarea relaţiilor intrafamiliale, integrarea copilului în familie, momentele de progres psiho-fizic, traumele sau accidentele, tot ceea ce este legat de apariţia şi evoluţia limbajului (când şi cum a început să vorbească, primele cuvinte, primele propoziţii etc.).

C. *Examinarea vorbirii* (a limbajului rostit)

1) *Examinarea nivelului de înţelegere a vorbirii* se desfăşoară diferenţiat în funcţie de vârsta cronologică, nivelul şcolar şi prezenţa tulburărilor psihice.

Până la 6 ani şi la copiii deficienţi mintali înţelegerea vorbirii se testează, în general, pe obiecte concrete. Spre exemplu, expunem în faţa copilului 5-10 obiecte. Copilul atinge sau va da logopedului obiectul indicat. De obicei proba ia forma jocului, cum ar fi transportarea pe rând a obiectelor cu un coş, cu un camion etc. (În caz că copilul nu înţelege sarcina jocului, i se demonstrează de către logoped şi se repetă cerinţa cu alt obiect).

Se observă şi se notează următorii indicatori:

- dacă găseşte imediat obiectul sau dacă ezită;
- cât de rapid învaţă jocul;
- felul gesturilor de deplasare a coşului (maşinii);
- dacă ştie să caute obiectele şi în afara razei sale vizuale;
- dacă mânuieşte obiectele cu îndemânare sau cu sinciñezii parazitare.

Dacă nu reuşeşte jocul, se reduce la 4-5 numărul obiectelor. Dacă reuşeşte, aşezăm în faţa copilului câteva imagini din diferite categorii, urmând folosirea noţiunilor: animale, fructe, legume etc.

La copiii din grupa mare, şcolari mici şi copii cu deficienţe mintale se pot utiliza unele *probe* ca cea *de înţelegere verbală şi de completare a unor lacune* după Alice Descoeudres.

La copiii peste clasa a III-a se poate folosi chiar manualul clasei anterioare. Se cere copilului să indice lecţia care i-a plăcut cel mai mult, i-o citim cu voce tare şi îl rugăm să explice sensul unor cuvinte din vocabularul acesteia.

După *examinarea înţelegerii cuvântului* trecem la *examinarea înţelegerii frazei.* La început îi cerem să execute lucruri simple: "Ridică-te!", "Vino la mine!", "Pune cutia pe masă!" etc. Se poate folosi *proba pentru determinarea nivelului de dezvoltare a limbajului şi înţelegere a unor cuvinte familiare* (R. Zazzo) şi *proba de flexibilitate asociativă* (U. Şchiopu, M. Gârboveanu, A. Turcu).

2) *Examinarea auzului.* În cazul evidenţierii clare a scăderii acuităţii auditive este bine să indicăm examenul audiometric efectuat de medicul de specialitate. În alalie, când audiograma nu reuşeşte prea bine sau când copilul nu înţelege vorbirea la nivelul elaborării unor răspunsuri, se poate apela şi la proteza auditivă. Nivelul dezvoltării auzului se evidenţiază prin:

- probe de înţelegere a vorbirii (prezentate mai sus);
- observaţii asupra conduitei (copilul repetă întrebările în timp ce-i

dăm îndrumări; caracterul întrebărilor puse de copil; dacă copilul priveşte încordat mişcarea buzelor examinatorului etc.).

Procedeul cuprinde următoarele *etape:*

Etapa 1. Copilul care nu vorbeşte deloc este examinat prin probe de înţelegere, iar sarcinile i se dau cu glas când tare, când încet.

Etapa 2. Dacă copilul nu reacţionează, trebuie stabilit dacă nu aude sau nu înţelege (exemplu: îi cerem un obiect cu voce în şoaptă; lăsăm să cadă o legătură de chei şi observăm reacţia la zgomot).

Etapa 3. Dacă reacţionează la zgomote şi poate repeta cuvintele spuse de noi, îl aşezăm într-o poziţie în care să nu vadă buzele examinatorului şi acoperim pe rând câte o ureche (examen monoauricular). Cuvintele le şoptim şi copilul trebuie să le repete. După clasificarea lui Gleitz, neînţelegerea vorbirii în şoaptă până la 4-6 m are valoarea unei uşoare hipoacuzii (sau apraxie auditivă); până la 1-4 m este o hipoacuzie de gravitate medie, iar când copilul nu aude de la 1 m hipoacuzia este gravă.

Coordonatele funcţiei auditive examinate sunt:

- acuitatea auditivă (distanţa perceperii vocii în şoaptă, redarea unor structuri ritmice percepute auditiv, discriminarea şi localizarea analitică a surselor sonore);
- înţelegerea vorbirii în ansamblu;
- recunoaşterea şi reproducerea sunetelor perechi opuse (sunete izolate; silabe; cuvinte): s-z; t-d; ta-da; pot-pod;
- controlul auditiv al vorbirii;
- autocontrolul în circuitul fonator normal (vorbeşte gradat de la şoaptă la strigăt, la cerere);
- autocontrolul auditiv în corectarea defectelor de articulare (de exemplu: înregistrarea pe bandă de magnetofon a rotacismului).

3) *Examinarea articulării verbale* se referă la aparatul articulator şi la articularea (pronunţia) propriu-zisă.

Examinarea aparatului articulator presupune următoarele aspecte:

Integritatea funcţională de ansamblu. Aici se urmăreşte în primul rând sistemul labio-comisural (simetria, integritatea, mobilitatea şi forţa). Apoi se evidenţiază aparatul dental (integritatea, forma, muşcătura, forma dentală individuală). La maxilare se pune în evidenţă forma mandibulei, forma arcurilor maxilarelor, existenţa prognatismului inferior sau superior. La limbă trebuie să

se observe: forma, mobilitatea pe plan transversal şi longitudinal, mărimea, fixarea ei şi frenul. Palatul dur este observat ca formă, amplitudinea bolţii, intensitate a suturărilor; palatul moale ca mobilitate, formă şi mărime; omuşorul ca aşezare, mobilitate, integritate, mărime iar sistemul nazal ca malformaţii, dureri de sept, inflamări acute sau cronice.

În vederea studierii acestor aspecte se poate folosi următorul *sistem de exerciţii:*

- deplasarea limbii în diferite zone ale palatului dur;
- deplasarea şi mobilitatea lingual (limba înainte, înapoi, în formă de lopată, de jgheab, de săgeată, la obraji, lateral etc.);
- ridicarea şi coborârea vălului, pronunţarea vocalei "a" cu gura larg deschisă şi pronunţarea alternativă "a" - "n" cu lăsarea în jos a vârfului limbii;
- mobilitatea mandibulei (deplasarea în sens antero-posterior şi lateral, exerciţii de masticaţie şi deglutiţie);
- sonorizarea şi desonorizarea cu palparea vibraţiei laringiene şi pectorale;
- examinarea buzelor (supt, stingerea lumânării de la diferite distanţe, învârtirea moriştii, apucarea unui creion cu buzele, mişcarea buzelor în formă de trompetă, zâmbet forţat, mişcarea alternativă a buzelor).

Examinarea articulării propriu-zise

În timpul examinării capacităţii articulatorii este important ca obrazul copilului să fie luminat şi să se afle la aceeaşi înălţime cu obrazul examinatorului. Cel mai bine este ca acest examen să se desfăşoare în faţa oglinzii.

Aspecte ce vor fi urmărite:

a) *Capacitatea de redare prin imitaţie* (vorbirea reflectată).

Logopedul pronunţă la început sunetele alfabetului în ordinea dificultăţilor, iar logopatul le repetă. Se procedează la fel cu silabe directe şi inverse cu sunetele respective. Apoi se pronunţă cuvinte în care sunetele la care se observă deformări se găsesc la început la mijloc sau la sfârşit. Se pronunţă în final propoziţii care conţin de 2-3 ori sunete deficitare pentru a se evidenţia clar tulburarea. Se examinează şi combinaţii de consoane sau de vocale în diferite cuvinte. Logopedul notează situaţiile găsite:

- sunetul este omis;
- sunetul este pronunţat greşit;

- sunetul este înlocuit.

Principii care stau la baza alcătuirii unui astfel de instrument de examinare:

- să se folosească cuvinte uzuale (să poată fi înțelese de către copiii care dispun de un vocabular sărac);
- cuvintele să poată fi ilustrate ușor cu imagini;
- sunetul să fie folosit în combinații diferite (la început, la mijloc și la sfârșit; articulare ușoară și dificilă).

b) *Vorbirea independentă*

Materialele folosite pentru examinarea capacității de pronunție în vorbirea independentă:

- alfabetul ilustrat;
- grupaje cu ilustrații a căror denumire prezintă sunetele în diferite poziții (inițială, de mijloc, finală).

Procedee utilizate: "citirea" de ilustrații; recitarea, cântecul, povestirea liberă.

În urma examinării logopedul va nota:

- sunetele la care logopatul întâmpină greutăți;
- tipul tulburărilor întâlnite;
- modul de recitare;
- ritmul;
- melodicitatea vorbirii;
- respirația în timpul recitării și cântecului;
- dacă poate povesti și modul în care povestește;
- surprinderea esențialului;
- respectarea structurii logice a povestirii;
- modul de antrenare a copilului în activitate;
- modul în care salută;
- felul în care vorbește cu ceilalți copii etc.

În cazul dislaliilor simple (sigmatisme, rotacisme, capacisme etc.), examenul făcut până acum (vezi E. Vrășmaș, anexa 4 și 5, 1994) asupra auzului, aparatului articulator, vorbirii reflexive și independente este suficient. Este necesară însă o examinare mai complexă în cazul dislaliilor polimorfe, disartriei, alaliei, hipoacuziei etc.

4) *Examenul vocii*

În cursul examinării se urmăreşte:

- sonoritatea;
- tonalitatea;
- valoarea;
- nuanţa;
- răguşeala;
- astenia vocală;
- rezonanţa;
- disfonia, la pubertate (rareori întâlnită);
- rinolalia (de câte ori se constată cea mai mică tendinţă de nazalizare se impune examinarea ei aplicând o tehnică specială care implică constatarea unei eventuale malformaţii şi evaluarea ei. Pentru constatarea tipului rinolaliei, logopedul va aşeza arătătorul pe nara copilului căruia i se cere să pronunţe "m" cu gura închisă);
- intensitatea vocii evidenţiază ca tulburări microfonia sau macrofonia (ambele au o etiologie extrapiramidală, sau în cazul tulburărilor de auz, lipsa unui control auditiv corect);
- melodicitatea vorbirii (dacă lipseşte tonul melodic normal, vorbirea este monotonă, de natură extrapiramidală, asociată des cu tulburări articulatorii, agramatisme, astenie vocală etc.);
- vorbirea sacadată, tempoul lent indică afecţiuni cerebrale centrale;
- nazonanţe sechelare. Eliminând cauzele organice - polipi, amigdale - copilul păstrează deprinderea vorbirii nazonante sau a unei nazonanţe de imitaţie. Diagnosticul diferenţial trebuie făcut, de aceea, cu atenţie pentru a stabili terapia cea mai bună.

5) *Examinarea ritmului vorbirii*

În cazurile de logonevroză se poate presupune o neconcordanţă ritmică generalizată: aritmia. Terapia limbajului cere astfel stabilirea cuantumului de exerciţii generale de ritm, prin stabilirea particularităţilor aritmiei copilului.

Cea mai simplă probă pentru determinarea ritmului mişcării e prezentată de E. Vrăşmaş, 1994.

Pentru examinarea ritmului vorbirii, cel mai important este să se sesizeze coordonarea între mişcare şi vorbire la copiii tahilalici sau bradilalici. Ritmul mişcării în general se examinează pornind de la reproducerea sunetelor în ritmuri diferite. Copilul va fi pus să facă paşi în ritmul unei anumite bătăi căreia pe

parcurs îi schimbăm valoarea, să efectueze în ritm aruncări cu mingea sau mişcări simple de gimnastică.

Ritmul vorbirii se observă uşor în recitări, în vorbirea independentă sau în repetarea unor propoziţii, cu accente diferite, impuse. Exemplu:

Calul acesta aleargă repede.

Calul *acesta* aleargă repede.

Calul acesta *aleargă* repede.

Calul acesta aleargă *repede.*

Evidenţierea coordonării verbo-motorii se realizează bine prin numărarea până la zece sau recitarea în timpul mersului şi prin păstrarea tactului la recitarea unei propoziţii.

6) *Examinarea structurii gramaticale* se realizează prin observarea modului de:

- formare a propoziţiilor simple (2-4 cuvinte) corecte în vorbirea reprodusă sau spontană;
- utilizarea corectă a singularului şi pluralului (acord număr-gen, la substantive cunoscute şi noi);
- folosirea timpului verbelor, verbalizarea corectă a unor relaţii temporale simple;
- folosirea corectă a pronumelui personal şi a celui demonstrativ.

7) *Examinarea vocabularului activ* se realizează prin observarea volumului de cuvinte utilizate în povestire şi vorbirea independentă, a substantivelor, adjectivelor şi verbelor.

8) *Examinarea formelor de limbaj verbal poate evidenţia:*

- dialogul de scurtă durată - telegrafic axat pe obiecte şi pe evenimente de tip situativ, în funcţie de anumite împrejurări, evenimente, sarcini concrete;
- solilocviul-conţinut - în legătură cu sine, cu anumite evenimente, activităţi de joc etc.

D. *Examenul lexic şi grafic*

Examenul vorbirii se face începând de la 5 ani iar cel al limbajului scris, în disgrafie-dislexie, la nivelul claselor a II-a - a III-a. Există şi o diagnosticare precoce a tulburărilor limbajului scris, care se efectuează de la vârstele mici, iar terapia sa va cuprinde antrenarea capacităţilor psiho-motrice specifice pentru citit şi scris.

Examinarea corectă a tulburărilor de citit şi scris presupune:

- stabilirea, încă de la anamneză, a unor anumite elemente (întârzier în apariţia vorbirii, dislalii polimorfe sau fiziologice prelungite bilingvismul, întreruperi de şcolaritate, programul zilei de pregătir pentru şcoală, exigenţele familiei asupra copilului, lectur particulară, exersarea citit-scrisului acasă);
- studierea schemei corporale, a lateralităţii, a motricităţii fine. (În acest scop se pot utiliza: probe pentru determinarea orientări spaţiale; proba pentru stabilirea lateralităţii; proba pentru determinarea sincineziilor digitale (vezi E. Vrăşmaş, 1994); testul Oseretski; proba Liebmann etc.)
- studierea directă a cititului şi scrisului prin intermediul unor probe specifice în care se verifică literele, silabele, cuvintele, analiza şi sinteza lexico-grafică, propoziţiile şi micile texte (prezentate amplu în capitolul terapiei tulburărilor lexico-grafice). În acest scop este folosită copierea şi dictarea; citirea de pe caiet şi de pe carte; se aplică şi o fişă de evaluare a greşelilor tipice pentru fiecare copil.

Problema diagnosticului diferenţial este dificilă în cazul copiilor dislexici şi disgrafici, când simplele întârzieri în învăţarea limbajului scris (oscilaţiile de învăţare) se pot confunda cu tulburările reale.

De aceea trebuie aplicate probele amintite, alături de evaluarea citit-scrisului. Efectuând analiza erorilor, ne putem da seama de caracteristicile tulburărilor intervenite, eliminând greşelile întâmplătoare. În determinarea disgrafiei trebuie evidenţiată şi forma grafică a literelor, a scrisului în general.

E. *Examinarea motricităţii* cuprinde (vezi E. Vrăşmaş, 1994):

- testul Oseretski;
- motricitatea organelor fonatorii;
- examenul de praxie;
- examenul lateralităţii;
- examenul de ritm.

Oseretski recomandă să începem exerciţiile la nivelul vârstei cronologice şi să urcăm sau să coborâm până unde permite capacitatea subiectului. La copiii cu tulburări de vorbire este bine să începem aplicarea testului cu un an mai mic în comparaţie cu vârsta cronologică deoarece s-a constatat o rămânere în urmă a dezvoltării motorii la toate deficienţele de vorbire.

Această măsură permite a stimula copilul prin performanțe proprii.

F. *Examinarea dezvoltării mintale*

Se efectuează numai în anumite cazuri (vezi. E. Vrăşmaş, 1994):

- testul omului, casei şi al arborelui;
- Matricele Progresive Raven Color sau Standard;
- probe de comparare a noțiunilor;
- probe de definire a noțiunilor;
- proba de completare a lacunelor;
- proba de similitudini;
- proba de fraze absurde;
- testul Bender-Santucci;
- testul Kohs-Goldstein;
- testul W.I.I.C. etc.

G. *Examenul personalității*

În cabinetul logopedic se folosesc mai rar probele pentru determinarea trăsăturilor de personalitate. Se apelează la ele mai ales în cazurile de logonevroză traumatizantă, în tulburările comportamentale asociate celor de limbaj, în cazul microtraumelor şcolare sau familiale etc. Mai utilizate sunt testele: Rorschach, T.A.T., C.A.T., testul familiei, povestirile Duss etc.

H. *Examenul medical*

La mulți subiecți se recomandă desfăşurarea unor examene medicale ca: ORL, audiologic, stomatologic, neuro-psihiatric general, mai ales cu privire la dezvoltarea somatică şi hormonală etc.

I. *Analiza rezultatelor activității şcolare,* a procesului de integrare în grupul clasei şi a gradului de integrare şcolară se realizează prin înregistrarea principalelor rezultate în activitatea de învățare, prin asistența logopedului la lecții; convorbiri cu educatoarea (învățătorul), cu ceilalți copii, cu părinții etc.; teste sociometrice etc.

J. *Consemnarea rezultatelor examinării* se face de obicei în Fişa logopedică (vezi E. Vrăşmaş, 1994).

CAP. IV

METODE ŞI PROCEDEE CU CARACTER GENERAL

4.1. Educarea respiraţiei

Musculatura implicată în actul respiraţiei trebuie exersată mai ales l copii, deoarece ea nu este suficient de dezvoltată. În handicapurile de vorbir apar atât labilitatea ritmului respirator cât şi deficienţe ale tipului de respiraţie Uneori aceste dereglări pot determina tulburări de ritm şi fluenţă a vorbirii. Î stările de oboseală sau de tensiune psihică lipsa de sincronizare a expiraţiei şi a inspiraţiei este tot mai accentuată. Handicapurile de vorbire, în asemenea situaţii, au tendinţa de a se manifesta mai frecvent şi mai pregnant, iar la logopat apare o teamă exagerată pentru vorbire. Astfel, în actul comunicării logopatului apar atât neregularităţi de intensitate şi melodicitate, cât şi pauze neregulate în cursul vorbirii (prea scurte sau prea lungi), ceea ce-i dă un aspect dezagreabil. Spre exemplu, la cei bâlbâiţi sau dislalici, care au tendinţa de a vorbi şi în timpul inspiraţiei (cum nu este normal) se accentuează logopatia şi oboseala verbală.

Pentru a preveni şi înlătura asemenea dereglări cu efecte negative se pot folosi o serie de exerciţii care duc la înlăturarea deficienţelor respiratorii şi măresc capacitatea şi volumul respirator (E. Verza, 1997).

Terapia respiratorie se poate structura pe două coordonate: dezvoltarea respiraţiei nonverbale şi dezvoltarea respiraţiei de tip verbal (E. Vrăşmaş, 1994).

A. *Dezvoltarea respiraţiei nonverbale*

Obiective urmărite:

- educarea echilibrului între inspiraţie şi expiraţie (1/2);
- mărirea capacităţii respiratorii;
- formarea unei respiraţii diafragmale;
- obţinerea unei respiraţii lungi, fără efort, uşoare;
- obţinerea unui ritm respirator uniform.

Tipuri de exerciţii folosite:

a) *Exerciţii pentru expiraţie:*

- suflă nasul în batistă;

- suflă aerul pe dosul mâinii;
- ținerea unui fulg în aer;
- stinge lumânarea;
- umflă balonul;
- suflă în apă cu paiul;
- suflă în spirometru (pentru copiii mai mari) etc.

b) *Exerciții pentru inspirație:*

- miroase florile;
- câinele de vânătoare;
- miroase parfumul etc.

c) *Inspirația diferențiată:*

- 3 timpi inspir și 5 timpi expir cu fața la oglindă;
- inspirație alternativă pe o nară și pe cealaltă;
- inspirație pe gură;
- inspirație pe gură și expirație pe nas și invers;
- inspirație pe nas și expirație pe gură;
- inspirație lungă, expirație prelungită (30 sec.).

Observație:

Este bine ca inspirația să fie însoțită de mișcări de extensie a coloanei vertebrale prin aplecarea spre spate a trunchiului și a membrelor superioare (sau chiar ridicarea lor).

Expirația va fi însoțită de mișcări ce micșorează cutia toracică prin aplecarea înainte a mâinilor și corpului. Deci, se urmăresc extinderea abdomenului și a coastelor inferioare (în inspirație) și revenirea lor (în expirație). Un procedeu foarte bun este utilizarea gimnasticii pe fond muzical.

B. *Dezvoltarea respirației verbale*

Obiective urmărite:

- obținerea expirației mai lungi decât inspirația la pronunție;
- vorbirea în expirație fără efort, ritmat.

Tipuri de exerciții folosite:

a) de pronunție a vocalelor, prelung, rar, fără efort, în timpul unei expirații;

b) de pronunție într-o expirație a unei consoane;

c) de pronunție a unor grupe de vocale în timpul unei expirații (ex.: au, eu, iu, ou, ău, îu etc.);

d) de pronunție, în timpul unei expirații, a unei consoane însoțite de vocale (ex.: da, de, di, do, du, dă, dî);

e) de pronunție a unor silabe ce cuprind grupuri de vocale sau grupuri de consoane în cursul unei expirații (ex.: bra, bre, bri, ...; aie, oie, uie ...);

f) exerciții ritmice de respirație, însoțite de mișcare și cântec (ex.: mersul numărat; mersul cu cântec; mersul cu poezie etc.);

g) exerciții de respirație în poziția culcat pe canapea cu un caiet așezat pe abdomen (caietul se va mișca în ritmul diafragmei:)

- non-verbal la început;
- cu pronunție de vocale, silabe, cuvinte, poezii etc.;
- citire cu voce tare.

h) jocurile în aer liber;

i) gimnastica urmată de inspirații și expirații prelungite;

j) întins pe canapea, cu mâna stângă pe abdomen, iar cu dreapta pe piept, își suge abdomenul și apoi expiră pe gură, umflând abdomenul. (Când respirația diafragmală în poziție orizontală se realizează ușor se poate folosi pentru control un caiet așezat pe abdomen. Mișcările abdomenului vor imprima caietului o mișcare sus-jos. Pentru a se obține aceeași respirație diafragmală și în poziție verticală elevul stă în fața oglinzii, cu o mână pe abdomen și cu cealaltă pe piept și va respira profund, sugând abdomenul, iar după o scurtă pauză, de 2-3 secunde, expiră pe gură).

În cursul exercițiilor de respirație este necesar ca încăperea să fie bine aerisită (geamul poate fi, eventual, deschis permanent). La început aceste exerciții se vor executa în fața oglinzii, supravegheate de logoped, iar apoi tot mai mult independent. Este bine ca ele să se desfășoare la începutul orelor de terapie și în primele ședințe, dar și în timpul activității, mai ales când se manifestă plictiseala, oboseala logopatului.

4.2. Dezvoltarea auzului fonematic

4.2.1. Generalități

Popescu-Neveanu (1978) arată că auzul verbal este o submodalitate a percepției auditive adecvate recepției și pronunției limbajului. În structura lui,

fundamental este *auzul fonematic* care mediază diferențierea și identificarea fonemelor (mai ușor vocalele decât consoanele și printre acestea mai greu consoanele apropiate: b-p, f-v, c-g etc.). El se structurează în raport cu structura sonoră a limbii materne, iar învățarea unei limbi străine presupune, în principal, elaborarea unui nou sistem de auz fonematic.

Auzul fonematic se formează în activitatea de comunicare și prin exerciții. La copii el se perfecționează gradual o dată cu dezvoltarea capacităților senzorio-motorii (în special de diferențiere auditivă și articulatorie) și intelectuale (de integrare rațională a fonemelor într-un sistem lingvistic închegat).

În cazul unei slabe dezvoltări sau al unor tulburări de auz fonematic, recepția limbajului se produce deficitar și, ca atare, emisia vorbirii nu este normală. Ținând cont de relația strânsă dintre auzul fonematic și producerea mișcărilor articulatorii, înțelegem că tulburările de pronunție pot apărea mai frecvent și cu o intensitate mai mare. Pentru realizarea unei pronunții corecte, fiecare persoană trebuie să efectueze o comparație între pronunția sa proprie și cea a persoanelor din jur și trebuie să realizeze un autocontrol permanent cu ajutorul auzului asupra comunicării sale verbale. Or, deficiențele auzului fonematic fac imposibilă realizarea acestor operații și fac dificilă imitația verbală atât de caracteristică la copii și cauzează dislalii, tulburări ale vocii, rinolalii. Datorită tulburărilor auzului fonematic, copilul nu este conștient întotdeauna de greutățile sale de vorbire. După efectuarea unor exerciții pentru dezvoltarea acestuia începe să-și dea seama rapid de dificultățile vorbirii sale. Dificultățile auzului fonematic produc greutăți și în recepția corectă a vorbirii, diminuând astfel decodificarea conținutului semantic (E. Verza, 1997).

Principalele *obiective* ale educării auzului fonematic se referă la:

- educarea capacității de diferențiere fonematică prin distingerea și discriminarea sunetelor și cuvintelor;
- formarea percepției fonematice corecte;
- analiza fonematică acustică prin descompunerea frazei în propoziții, a acestora în cuvinte, silabe și sunete;
- sinteza fonematică prin reunirea sunetelor în silabe, a acestora în cuvinte, propoziții și fraze;
- educarea pronunției ritmice și melodice.

4.2.2. Exerciții de dezvoltare a auzului fonematic - sunt legate de gradul de tulburare a percepțiilor verbo-acustice și urmăresc în general realizarea simultană a obiectivelor impuse.

Înainte de a-l învăța pe copil să pronunțe corect trebuie efectuate exerciții de analiză auditivă a sunetului respectiv. Împreună cu exercițiile de dezvoltare a auzului fonematic trebuie făcute exerciții de articulare a sunetului.

În vederea dezvoltării auzului fonematic pot fi utilizate unele exerciții cum ar fi (E. Vrășmaș, 1995):

a) *Imitarea sunetelor din natură* și pronunție de onomatopee, când în șoaptă, când tare, în ritm stacatto și prelungit, după indicații:

Exemplu:

trenul: s-s-s (ritm stacatto, prelungit, șoptit);
șarpele: s-s-s (prelungit);
albina: bâzz-bâzz ("b" accentuat și "z" prelung);
roata: scârț-scârț ("r" accentuat și prelung);
greierele: țârrr-țârrr ("r prelung; pauză după fiecare grup de sunete");
șoarecele: chiț-chiț (în ritm rapid);
vrabia: cirip-cip; cirip-cip;
vântul: vâjj-vâjj ("j" prelung și accentuat);
telefonul: zurr-zurr;
clopotul: bing-bang ("n" prelung și accentuat);
oaia: beee-beee;
vaietul: vai-vai-vai;
oftatul: of-of-of-of;
cucul: cu-cu; cu-cu (cu alternarea tonalității);
cocoșul: cucuriguuu;
găina: cotcodac; cot-cot-cot-cotcodac;
puii: piu-piu-piu;
gâsca: ga-ga-gaa;
curcanul: glu-glu-glu;
broasca: oac-oac; oac-oac;
ceasul: tic-tac; tic-tac (alternarea tonalității);
rața: mac-mac-mac (se accentuează "a");
vaca: muu-muu;
ursul: morrr-morrr;
câinele: ham-ham-ham;

râsul: ha-ha-ha;
fusul: sfârrr-sfârrr;
măgarul: i-ha, i-ha,i-ha ("i" se pronunță cu aspirarea forțată a aerului);
pisica: miau-miau;
porcul: groh-groh; guiț-guiț etc.

b) *Pronunțarea unor serii de silabe opuse luate din cuvinte paronime:*
da-de-di-do-du-dă-dî;
ta-te-ti-to-tu-tă-tî etc.

c) *Diferențierea sunetelor surde de cele sonore:*

Elevul stă cu spatele spre logoped, la 3-4m, pe linie mediană şi apoi în poziție dreaptă sau stângă, se vorbeşte de la voce şoptită, crescând în intensitate.

d) *Diferențierea sunetelor cu punct de articulare apropiat:*
Silabe

Exemple:

pa-ba	ap-ab	apa-aba	papa-baba
pe-be	ep-eb	epe-ebe	pepe-bebe
pi-bi	ip-ib	ipi-ibi	pipi-bibi
po-bo	op-ob	opo-obo	popo-bobo
pu-bu	up-ub	upu-ubu	pupu-bubu
pă-bă	ăp-ăb	ăpă-ăbă	păpă-băbă
pâ-bâ	îp-îb	îpî-îbî	pâpî-bâbî

Cuvinte paronime

Exemple:

t-d	p-b	c-g
tata-dada	paie-baie	cară-gară
tare-dare	pară-bară	caz-gaz
tura-dura	poală-boală	coală-goală
tac-dac	pere-bere	cât-gât
trepte-drepte	pile-bile	când-gând
tuş-duş	pun-bun	cură-gură
lată-ladă	prună-brună	luncă-lungă
spate-spade	alpine-albine	stâncă-stângă
	parcă-barcă	

f-v	s-z	ș-j
fată-vată	sare-zare	șale-jale
foi-voi	seu-zeu	șapcă-japcă
file-vile	seamă-zeamă	șoc-joc
far-var	varsă-varză	șir-jir
fiu-viu	vase-vaze	șură-jură
fază-vază	oase-oaze	prășitură-prăjitură
fier-vier	groasă-groază	prășit-prăjit
	sac-zac	

Cuvinte diferite cu puncte de articulare apropiate

barcă-bardă-barză
rece-lege-rege
top-dop-hop
cer-ger-ser
clonț-glonț etc.

Diferențierea sunetelor cu punct de articulare apropiat

s-ș	z-j	ț-ce-ci	r-l
soc-șoc	zob-job	ațe-ace	ramă-lamă
sold-șold	zor-jor	ține-cine	rege-lege
las-laș	zar-jar	țel-cel	radă-ladă
peste-pește	zale-jale	plăți-plăci	roz-loz
muscă-mușcă			

e) *Transformarea cuvintelor prin înlocuiri de puncte sau silabe*

co	-pac	a	-dăpat	s	-cot
	-pil		-păsat		-ac
	-coș		-duc		-apă
	-vor		-puc		-are
	-cor		-lung		-albă
	-joc		-dânc		-cap
	-vrig				

ra- ma- sa- ca- ta- soa- moa-	re	ca- ra- ma- stoar- scoa- tra- la-	să	coa- for- bir- mar- mrea- gri-	jă	gu- fa- mănu- tran- la- gogoa-	şă

f) *Analiza fonetică* cu indicarea primului şi ultimului sunet dintr-un cuvânt, indicarea poziţiei fonemului la început, mijloc sau sfârşit; completarea cuvintelor cu prima silabă pronunţată de către profesor sau indicarea unui punct omis de profesor.

g) *Pronunţare ritmică:* prin denumire de imagini, obiecte, fiinţe sau acţiuni ale căror denumiri se deosebesc printr-un singur sunet; prin pronunţie ritmică de poezii, proverbe, povestiri etc.

4.2.3. Jocuri hazlii (în care sunetul se repetă). Copiii vor repeta rapid cuvinte sau propoziţii hazlii.

Exemple:

a) Căprarul crapă capul caprei pe capră în patru.

b) Pe cap un capac, pe capac un ac.

c) Ca la măr
Ca la păr
Ca la dinte, dintelaş
Ieşi afară iepuraş

d) Găinuşa orbului
Şade-n vârful stogului
Şi numără ouăle
Câte, câte? Câte unul
Câte, câte? Câte două (Se va număra până la 10)

e) O sapă lată,
Două sape late,
Cinci sape late,
şase sape late,
şapte sape late,
Trei sape late,
Patru sape late,
Şi încă şapte sape late,
Şi încă alte şapte sape late.

f) Prepeliță pestriță, cine-i pestriță?
Prepeliţa pestriță, dar mai pestriți îs puii prepeliței pestrițe.

g) Cărămidarul cărămideşte cu cărămida cărămidarului din cărămidărie.

h) S-a întâmplat o întâmplare unui tâmplar. Un alt tâmplar care din întâmplare auzise întâmplarea întâmplată tâmplarului, s-a dus să vadă ce s-a întâmplat tâmplarului şi din întâmplare s-a lovit de tâmpla tâmplarului.

i) Bucură-te cum s-a bucurat Bucuroaica de bucuria lui Bucurel, când a venit Bucurel bucuros de la Bucureşti.

4.2.4. Frământări de limbă

A. Multe vorbe încep cu "a"
Apă, ață, alun, ac
Albinuță şi atac.

B. Baba, baba oarba
Unde-ți este roaba
Roaba ici-colea
Ia-te după ea.

C. Cling, cling, cling
Cling, cling, cling
Clinchetele se preling.

D. Dan, Ducu şi Dinu
Dau de două ori pe zi
Dura, dura prin grădină
Două mingi portocalii.

E. Capra cară coşuri grele
Cu verdeţuri strânse-n ele
Dar le duce cu răbdare
Să dea iezilor mâncare.

F. Fâş, fâş, fâş
Ce topeşte prin frunziş
Şi s-ascunde pe furiş.

G. Gâşte goale
Ga, ga, ga
Vreți la baltă?

Da, da, da!

H. Hora mare, hora mare
Hai să o jucăm
Haideți toți cu veselie
Haideți să cântăm.

I. Ceata lui Pițigoi
Trece mândră prin zăvoi
Toți luptători de soi
Dai într-unul țipă doi.

J. Lângă apa Jijiei
Ne-am jucat mereu toți trei
Toma, Țucu și cu mine
Ne-am jucat atât de bine
Jijia tot vâjâia
J! j! j! Jijia.

L. Luna, lacul luminează
Lebăda pe el plutește
Lunecând pe luciul apei
Capu-n pene-și odihnește
La, la, la, la, la, la
Și flăcăii tot așa
La, la, la.

M. Mama, mama mare
Mereu, mereu are
Mereu, mereu are
Mere, pere bune
Mere și alune.

N. Nenea Nică și cu Nicu
N-au văzut nici un pisic
Numai nenea Nicolaie
A văzut pe unul mic.

O. O e gura mea când strigă
O e roată, e covrig
O e chipul oului
Și e gros de felul lui.

P. Poc, poc, poc
Ploaia cântă-n geam peltic
Astăzi plouă... nu-i nimic.

R. Rică nu ştia să zică
Râu, răţuşcă, rămurică
Dar de când băiatu-nvaţă
Poezia despre raţă
Ştie bine cum să zică
Râu, răţuşcă, rămurică.

S. "S" ne este foarte drag
"S" e-n soare şi e-n steag
Strugure, sanie, sapă
Toate vor cu "s" să-nceapă
Stanca stă-n castan cu Stan.

Ş. Moş, moş, cocoloş
Vino iute dă-mi un coş
Să pun în el un cocoş
Moş, moş, cocoloş.

T. Taie, taie lemnul tare
Truditorul e lovit
Toată curtea s-a albit
De atâtea aşchioare.

U. Uu, uu, uu, uu, uu
Urlă acum crivăţul
Urlă şi lupii în haită
Pădurarilor când le dau roată
Urlă şi cei ce vorbesc tare
Urlă şi nu-i de mirare.

V. Vie veverița care
Vara vine la plimbare
Verde, verde crăişorul
N-o vânează vânătorul.

Z. Zum, zum, zum
Şi bâz, bâz, bâz
Cine bâzâie-auz

Bâz, bâz, bâz
Şi zum, zum, zum
Pleacă albinele la drum.

CE. Ceasul bate tare
Cela e fetiţă mare
Ceasul merge ne-ncetat
Cela de şcoală a uitat.

CI. Licurici
Cu aripi mici
Şi cu lampă de pitici
Ce tot vezi pe câmp aici?

GE. Iarna e geroasă
Gelu vine-acasă
Geamul a-ngheţat
Dan s-a şi culcat.

GI. Gimnastica e bună
Pentru copilaşi
Gelu şi cu Gina
Sunt şi ei gimnaşti.

CHE. Ochelarii lui Costache
Stau după ureche
El îl cheamă pe Enache
Să încerce o pereche.

CHI. Unchiul Chiriac
A adus Chivuţei
O rochie albă
Cu buchete-n salbă.

GHE. Gheorghiţă s-a ghemuit
Angheluţă a sărit
Jocul lor s-a terminat
Înghe̦tată au mâncat.

4.2.5. Structuri ritmate şi numărători

a) O alună, două trei…
Veveriţă, câte vrei?

- Vreau vreo patru, cinci sau şase
Că alunele-s gustoase!
- Îţi dau şapte, opt sau nouă
Dac-o să ne spui şi nouă
Când o să mai vină-ncoace
Iarna cu zece cojoace.
- Veverița socoti:
"Parcă nouă zile ar fi!
Parcă opt, ba şapte-mi pare...
Spune-mi vânt, tu nu ştii oare?"
Vântul s-a zburlit: "Ba, da,
Şase, cinci, aşa ceva...
Şi-ai s-auzi atunci, ohei!
Cât spui patru, cât spui trei,
Cât spui două, cât spui una,
Cântând viscolul întruna..."

b) Unu, doi,
Stai cu noi!
Trei, patru,
Hai la teatru!
Cinci, şase, şapte,
Hai să bem cafea cu lapte!
Opt, nouă zece -
El să plece!

4.3. Dezvoltarea motricității generale şi a mişcărilor fonoarticulatorii

Din acest punct de vedere sunt importante în primul rând exercițiile generale care fortifică organismul (membrele, trunchiul, gâtul). Este bine ca aceste exerciții să fie asociate cu cele de respirație, pentru a facilita mişcările complexe ale grupelor de muşchi ce participă la respirație şi la activitatea aparatului fono-articulator în timpul emisiei verbale. Aceasta deoarece în pronunțarea fiecărui sunet sau cuvânt trunchiul, gâtul, membrele iau o anumită poziție, de relaxare ori de încordare. Încordările şi relaxările imprimă o anumită postură întregului corp, postură care este diferită la persoanele valide față de

cele cu tulburări de limbaj. Spre exemplu, la logopații cu tulburări de pronunție se produce o încordare a mușchilor aparatului fono-articulator, a limbii, a buzelor pe porțiuni nespecifice, ceea ce determină nu numai accentuarea afectării pronunției, dar și a dicției, a timbrului și intensității vocii. De aceea sunt necesare două tipuri de exerciții (E. Verza, 1997):

- unele pentru relaxarea organismului și a musculaturii aparatului de emisie (au un rol important în pronunțarea majorității sunetelor limbii române);
- altele de încordare (sunt folositoare mai ales pentru pronunțarea sunetelor surde și a cuvintelor mai complicate).

Pentru a fi cât mai eficiente, exercițiile fizice generale trebuie să se desfășoare la copii sub formă de joc în mod ritmic, deoarece contribuie la imprimarea ritmicității și la nivelul vorbirii. În tulburările motorii (la dislalici, disgrafici sau disartrici cu deficiențe motorii cerebrale) exercițiile fizice generale trebuie desfășurate paralel cu dezvoltarea vorbirii și continuate mai mult timp pentru că și handicapul de vorbire este mai grav și necesită o perioadă mai lungă de recuperare.

Pentru educarea mișcărilor articulatorii se pot folosi următoarele tipuri de exerciții (E. Vrăşmaş, 1994):

A. *Exerciții generale:*

- imitarea mersului;
- mișcarea gâtului și rotirea capului;
- mișcările brațelor și rotirea brațelor;
- imitarea spălatului pe mâini;
- imitarea aplaudatului;
- exerciții pentru întărirea musculaturii toracice și abdominale etc.

În funcție de diagnostic se pot efectua exerciții de gimnastică cu diferite părți ale corpului. La tulburări ale limbajului scris se exersează brațul, mâna, degetele prin unele exerciții ca: "Ne spălam pe mâini!"; "Ne scuturăm mâinile!"; "Imităm ploaia!"; "Imităm vântul!" etc.

B. *Exerciții de mobilitate a aparatului fono-articulator*

a) *Exerciții de mobilitate a maxilarelor:*

- închidere și deschidere a gurii;
- coborâre și ridicare a maxilarelor;
- alternare a maxilarelor înainte-înapoi și la stânga-dreapta;

- muşcătura, căscatul, rumegatul animalelor etc.

b) *Exerciţii de mobilitate pentru limbă:*

- limba iese şi intră repede ("pisica bea lapte");
- limba deplasată de la stânga la dreapta ("ceasul");
- limba iese în formă de lopată sau de săgeată;
- limba şterge buzele, dinţii (pe deasupra şi pe dedesubt);
- limba sub formă de căuş;
- mişcări circulare ale limbii;
- limba ghemuită în fundul gurii;
- deplasarea limbii în jos şi în sus cu gura deschisă;
- pronunţarea rapidă şi repetată a silabelor la-la-...-le-le-...-li-li-... etc.;
- tropăiala şi sforăitul calului;
- limba împinsă printre dinţi şi trasă apoi printre dinţii închişi;
- limba plată;
- limba la palat şi lăsarea ei în jos (cu zgomot);
- scoaterea ritmică a limbii din gură peste buza superioară în direcţia nasului şi peste buza inferioară spre bărbie;
- imitarea tremurului (brrr-brrr) etc.

c) *Exerciţii pentru buze şi obraji:*

- sugerea obrajilor;
- ţuguirea buzelor;
- întinderea buzelor (zâmbetul);
- rotunjirea buzelor;
- întinderea şi rotunjirea alternativă a buzelor;
- ţuguirea buzelor pentru fluierat, suflat în lumânare;
- aburirea oglinzii;
- umflarea obrajilor;
- prinderea unor nasturi între buze (nasturele este tras cu mâna de un elastic subţire trecut prin găurile lui);
- vibrarea buzelor;
- rictusul buzelor;
- imitarea ritmică a surâsului şi râsului;
- coborârea ritmică a sprâncenelor, alternativ cu închiderea ochilor;
- clipirea ritmică;

- buzele în formă de pâlnie (ca în pronunția sunetelor o și u);
- strângerea buzelor și suflarea aerului cu putere (ca în pronunția sunetelor p și b);
- retragerea și extensia comisurilor laterale etc.

d) *Exerciții pentru vălul palatin*

- imitarea căscatului;
- imitarea înghițitului, tusei;
- mișcări de deglutiție etc.

(Exercițiile acestea se execută doar în faza inițială, înainte de articularea sunetelor, iar apoi se vor utiliza doar acelea care sunt necesare impostării sunetului. În cazurile grave, de pareză și semipareză a limbii, buzelor, de coreo-aletoză, se folosesc și masaje ale organelor afectate).

4.4. Educarea personalității și înlăturarea negativismului

La școlarii mari, la puberi și la adolescenți prezența tulburărilor de limbaj determină o intensificare a tulburărilor de personalitate. Astfel, subiecții respectivi sunt deprimați, anxioși, nervoși, irascibili, rigizi, reținuți, necooperanți, frustrați, negativiști, trăiesc complexe de inferioritate etc. Cei mai sensibili refuză să meargă la școală și adoptă o atitudine negativă față de învățătură, fapt ce determină eșecuri școlare repetate.

În activitatea de educare a personalității și creșterea condițiilor normale de evoluție, un rol deosebit de important îl au, în paralel cu progresele înregistrate în înlăturarea handicapului de limbaj, psihoterapia, sugestia verbală și încurajarea subiectului. Există, desigur, unele particularități ale psihoterapiei la handicapații de limbaj, dar aplicarea ei trebuie să țină seama de vârstă, de etiologia și simptomatologia tulburărilor respective.

La copiii preșcolari mici psihoterapia se poate organiza sub forma unor jocuri care să-i antreneze în activitatea și în verbalizarea acțiunilor respective. Totodată ei pot fi influențați, discret, în direcția înlăturării negativismului, a încurajării. Sunt ajutați să învețe, să coopereze și să stabilească relații verbale cu cei din jur, contribuindu-se astfel la cultivarea încrederii în posibilitățile proprii și la crearea de satisfacții. În același scop pot fi folosite vizionările unor spectacole urmate de comentarii dirijate ce urmăresc antrenarea în activitatea verbală și surprinderea unor elemente cu caracter moralizator.

La şcolari scopul principal al discuţiilor purtate este acela de a contribui la:

- crearea unei stări relaxante;
- trăirea confortului psihic;
- influenţarea voinţei şi a modului de a gândi al interlocutorilor prin înţelegerea caracterului tranzitoriu al handicapului de limbaj şi a faptului că randamentul activităţii intelectuale se va îmbunătăţi în paralel cu educarea limbajului.

Obiectivele urmărite de către demersurile ce se subsumează acestor acţiuni de influenţare pozitivă a subiectului sunt:

- dezvoltarea încrederii subiectului în forţele proprii;
- formarea convingerii că tulburările de limbaj nu presupun dificultăţi intelectuale şi că insuccesul şcolar poate fi evitat printr-un efort sporit;
- formarea convingerii că deficienţele de limbaj sunt temporare şi că ele pot fi anihilate;
- înlăturarea atitudinii negativiste şi dezvoltarea optimismului (E. Verza, 1997)..

CAP. V

DISLALIA

5.1. Definire

Cuvântul dislalie vine de la dis - lipsă, deficienţă şi lalie-vorbire, glas, voce.

Dislalia este cea mai răspândită formă a tulburărilor de vorbire.

Dislalia este o tulburare de vorbire caracterizată prin incapacitatea totală sau parţială de a emite şi articula corect unul sau mai multe sunete în combinaţiile fluente ale vorbirii (M. Guţu, 1975). Poate să apară la aceeaşi persoană în combinaţie cu alte tulburări de limbaj, mai ales cu disgrafia şi cu bâlbâiala.

Prognosticul dislaliei este, în general, favorabil. Cu cât tratamentul este început mai de timpuriu, cu atât rezultatele sunt mai rapide, deoarece nu s-a consolidat pronunţia defectuoasă (E. Lăscuş, 1996).

5.2. Clasificarea dislaliei

După gradul de extindere a dislaliei (numărul sunetelor afectate) poate fi:

- simplă sau parţială, când este afectat un singur sunet;
- generală sau complexă, când sunt afectate mai multe sunete.

După criteriul etiologic diferenţiem:

- dislalia organică, datorată organelor periferice ale vorbirii (leziuni organice ale analizatorului auditiv; malformaţii sau leziuni ale aparatului fono-articulator periferic: buze, dinţi, maxilare, palatul dur şi moale, vălul palatin, lueta şi limba);
- dislalia funcţională datorată funcţionării defectuoase a aparatului verbo-articulator (atrofia sau neexersarea muşchilor limbii, buzelor, vălului palatin; neîndemânarea sau insuficienţa în dezvoltarea atenţiei auditive; parcurgerea unui traseu greşit de către aerul expirat);
- dislalia sociogenă (prin imitaţie inconştientă a modelelor greşite; prin educaţie deficitară cum ar fi educaţia forţată sau prea

îngăduitoare a limbajului; prin bilingvism: introducerea celei de-a doua limbi să se facă numai după învățarea corectă a primei limbi).

După întinderea și modul de structurare a fenomenului afectat deosebim:

a) *dislalia sunetelor.* Cuprinde:

- dislalia prin omisiune de sunete - la pronunțare, sunetul afectat lipsește (moghilalia);
- dislalia prin alterare - la pronunție sunetul deficitar este alterat;
- dislalia prin înlocuire de sunete (paralalia) - în locul sunetului corect se pronunță alt sunet.

b) *dislalia silabelor,* care cuprinde tulburări ale pronunției unor cuvinte (E. Vrășmaș, 1994).

+ În funcție de sunetele afectate se poate clasifica (după E. Verza, 1977):

- betacism și parabetacism (afectarea sunetului "b");
- capacism și paracapacism (afectarea sunetului "c");
- deltacism și paradeltacism (afectarea sunetului "d");
- fitacism și parafitacism (afectarea sunetului "f");
- gamacism și paragamacism (afectarea sunetului "g");
- hapacism și parahapacism (afectarea sunetului "h");
- lamdacism și paralamdacism (afectarea sunetului "l");
- mutacism și paramutacism (afectarea sunetului "m");
- nutacism și paranutacism (afectarea sunetului "n");
- pitacism și parapitacism (afectarea sunetului "p");
- rotacism și pararotacism (afectarea sunetului "r");
- sigmatism și parasigmatism (afectarea sunetelor "s", "ș", "z", "ț", "j", "ce", "ci");
- tetacism și paratetacism (afectarea sunetului "t");
- vitacism și paravitacism (afectarea sunetului "v").

Sigmatismele, care sunt cele mai frecvente dislalii, pot fi la rândul lor, după numărul sunetelor afectate, parțiale și totale.

Nu există denumiri specifice pentru afectarea vocalelor.

După numărul fonemelor afectate, dislaliile pot fi (E. Verza, 1977):

- monomorfe, când este afectat un singur fonem sau o singură grupă de articulare;
- polimorfe, când sunt afectate mai multe grupe de foneme.

După locul de formare a fonemelor se pot deosebi:

- dislalia labialelor;
- dislalia dentalelor;
- dislalia lingualelor;
- dislalia guturalelor etc.

După modul de producere, în sigmatism şi rotacism se disting următoarele forme (E. Verza, 1977):

- sigmatismul interdental, când pronunţia se face cu limba între dinţi şi coloana de aer emisă prin spaţiul dintre vârful limbii şi incisivi, sunetul devine moale; interdental se pot produce şi "t", "d", "n", "l", "r".
- sigmatismul lateral, când aerul se scurge pe părţile laterale: pe ambele părţi (sigmatismul bilateral), sau pe o singură parte (sigmatismul lateral drept sau stâng);
- sigmatismul strident, recunoscut după aspectul sonor strident al sigmaticelor;
- dislalia sforăitoare labio-dentală, când labio-dentalele sunt pronunţate sforăitor;
- sigmatismul nazal (dislalia nazală), când sunetele sunt pronunţate nazal (aerul iese prin nas, parţial sau total);
- rotacismul lingual lateral, când sunetul este pronunţat cu una din laturile limbii;
- rotacismul celar, când sunetul este pronunţat prin vibraţii ale vălului;
- rotacismul uvular, când sunetul este pronunţat prin vibraţii ale luetei;
- rotacismul lingual dorsal, când vibraţiile sunt produse de apropierea dorsului lingual de palatul dur;
- rotacismul faringian când vibrează peretele faringian;
- rotacismul bilabial obţinut prin vibraţia buzelor;
- rotacismul bilateral lingual prin vibraţia ambelor părţi ale limbii.

5.3. Forme clinice ale dislaliei

În funcţie de cele trei zone de articulare, E. Vrăşmaş (1994) descrie următoarele forme:

A. *Tulburări de pronunţie în prima regiune de articulare:*

a) Pitacismul;

b) Betacismul;

c) Mutacismul; datorate toate insuficientei închideri a buzelor în timpul pronunției;

d) Fitacismul și vitacismul reprezentate prin alterarea labiodentalelor "f" și "v" din cauza malformațiilor buzei superioare (scurtă), ale incisivilor superiori (rari sau lipsuri) sau a prognației (mușcătură deschisă).

B. *Tulburări de pronunție în a doua regiune de articulare* reprezentată prin arcada dentară și regiunea mediopalatală. Aici limba este activă în diferitele ei părți. În această regiune se pronunță linguo-dentalele "t", "d" și "n" iar din alterările lor apar numeroase forme:

a) Tetacismul constă în alterarea lui "t" cu cât ocluzia este mai posterioară;

b) Deltacismul apare în cazul mutării locului de articulare a lui "d" spre partea mediană a palatului dur;

c) Nutacismul, tulburarea de pronunție a lui "n";

d) Sigmatismele datorate locului greșit de articulare. Cele mai multe deformări de pronunție le suferă "s" și "z". Categorii:

- *sigmatismul addental* produs prin apăsarea vârfului limbii pe arcada dentară;
- sigmatismul interdental (vezi 5.2.);
- sigmatismul interlabial, când limba pătrunde între buze;
- sigmatismul palatal se produce prin ridicarea vârfului limbii către palat;
- sigmatismul lateral se realizează prin aplicarea vârfului limbii pe incisivii superiori;
- *sigmatismul lateroflex* este intermediar între sigmatismul interdental și cel addental, realizându-se prin devierea laterală a vârfului limbii;
- sigmatismul șuierat când sunetul iese ascuțit datorită suflului prea tare al aerului, jgheabului median prea mic sau distanței prea mari între incisivi;
- sigmatismul labio-dental apare când incisivii superiori ating buza inferioară, deși limba este într-o poziție corectă;
- sigmatismul cacuminalis când limba atinge cu vârful partea mediană a palatului.

Dintre tulburările din a doua zonă de articulare cauzate de funcționarea defectuoasă a vălului palatin, amintim:

- sigmatismul nazal (vezi 5.2.), când aerul iese prin nas;
- sigmatismul sforăit, când sunetele se formează pe peretele posterior al faringelui;
- sigmatismul laringian, când la pronunție participă mai mult epiglota, sunetul fiind ușor pufăit.

e) Tot la acest nivel se produc parasigmatismele, manifestate prin înlocuirea lui "s" cu altă consoană ("h", "ş", "t", "d", "f" etc.).

f) *Deformările africatelor*, deformarea lui "ț", format din "t" și "s". Se datorează ocluziei care nu este destul de puternică.

g) Zitacismul este modificarea lui "z" (desonorizarea, ca și perechea sa surdă).

h) Alterarea prepalatalelor "ş" și "j", "ş" fiind surdă, iar "j" sonoră. Apare dacă distanța dintre dinți este prea mică (sunetul devine slab) sau dacă nu se realizează ocluzia din cauza lipsei șanțului mijlociu al limbii, aceasta fiind prea ridicată. În caz că se ridică buza superioară, sunetul iese ca un "t".

Deosebirea dintre "s" și "ş" se simte prin temperatura aerului emis: la "s" este rece și la "ş" este cald.

Toate sigmatismele lui "j" sunt la fel ca la "ş". De asemenea, sunetul "ce" (combinație între "t" și "ş") și perechea lui sonoră "ge" (combinație între "d" și "j") prezintă aceleași forme de sigmatism ca și sunetele din care sunt compuse.

i) Rotacismul constă în tulburarea de pronunție a prepalatalei vibrante "r". Forme:

- rotacism palatal produs prin aplicarea vârfului limbii mult înapoi și vibrarea vălului palatin;
- rotacism velar sau graseiat, datorat vibrării vălului palatin;
- rotacism dorsal, cauzat de vibrația părții dorsale a limbii;
- rotacism laringian, care se manifestă prin producerea unui "r" vibrant, scârțâit;
- rotacism nazal, care se manifestă ca un hârâit (aerul iese prin nas);
- rotacism bucal, constând în vibrarea obrajilor;
- rotacism lateral sau marginal, care apare ca urmare a vibrării uneia

din marginile laterale ale limbii;

- rotacism lingual, nevibrant, când "r" este uvular şi lipsit de sonoritate;
- rotacism faringian (vezi 5.2.);
- rotacism labial sau bilateral, realizat prin vibrarea vălului palatin în canalul dintre văl şi partea posterioară ridicată a limbii;
- rotacism monovibrant realizat printr-o vibraţie prea scurtă;
- rotacism interdental, când limba vibrează între dinţi.

j) *Lamdacismele* cuprind:

- lamdacismul lacunar, când sunetul este omis;
- lamdacismul semi-muiat, când aerul se scurge pe părţile laterale, iar sunetul îşi pierde sonoritatea;
- lamdacismul nazal, când aerul trece pe calea nazală;
- lamdacismul bilabial, când sunetul este deformat din cauza limbii aşezate între buze;
- lamdacismul nesonor (mut), când fonemul este bine articulat dar fără sunet laringian;
- lamdacismul fricativ-retropalatal, când partea posterioară a limbii se apropie de cea a palatului şi se produce un sunet asemănător lui "h";
- paralamdacismele sunt cele mai dese, sunetul "l" putând fi înlocuit de toate sunetele din zona sa de articulaţie.

C. *Tulburările sunetelor din cea de-a treia regiune de articulare* cuprind sunetele ocluzive "c" şi "g" şi a fricativei "h". Cele mai dese defecte sunt înlocuirea unora cu altele ori cu sunetele ocluzive linguo-dentale. Spre exemplu apariţia sunetului parazitar "h" la "c" şi "g" ("ch", şi "gh"), când forţa de emisie a aerului este foarte mare.

D. *Dislaliile vocalelor* sunt rare când auzul este normal; se întâlnesc în tulburările de auz. Se datorează, în general, poziţiei şi deschiderii intermediare a limbii şi maxilarelor faţă de cea necesară.

Există dificultăţi şi în pronunţarea diftongilor sau triftongilor datorate trecerii prea rapide prin poziţia sunetului omis. Cauza: hipoacuzie sau analiza defectuoasă fonematică.

Alteori are loc adăugarea unei vocale sau chiar consoane între cele ale diftongului sau triftongului. Deformarea aspectului sonor al vocalelor poate fi determinată de deschiderea prea mare a maxilarelor.

5.4. Diagnosticul dislaliei

Fiecare logopat trebuie să fie obiectul şi subiectul unei diagnosticări complexe. În cazul *dislaliei periferice* se urmăresc două aspecte principale (E. Vrăşmaş, 1994):

a) *Funcţionarea organelor fono-articulatorii,* respectiv tulburările organice sau funcţionale ale buzelor, dinţilor, maxilarelor, limbii, palatului dur şi vălului palatin. Ele se pot evidenţia în cazul unui prim exerciţiu de gimnastică articulatorie "deschide gura". Cunoaşterea mobilităţii limbii - aspect foarte important - se poate evidenţia prin execuţia unor mişcări, cum ar fi indicarea sensului punctelor cardinale.

b) *Evidenţierea modului de tulburare a sunetului* se realizează prin probe verbale despre deficienţele de vorbire în general şi tipul de deficienţă dislalică. Aceste probe trebuie să clarifice pronunţia fiecărui sunet din alfabet, a silabelor şi a cuvintelor uzuale, a grupelor de consoane şi vocale, precum şi pronunţia propoziţiilor. Diagnosticarea se realizează în vorbirea independentă şi în cea reflectată.

În cadrul *analizei vorbirii independente* probele trebuie să urmărească:

a) pronunţarea liberă a alfabetului din alfabetul ilustrat;
b) denumirea unor serii de imagini referitoare la categorii (fiinţe, lucruri, culori etc.), din care se evidenţiază pronunţia sunetelor;
c) denumirea schemei corporale cu ajutorul imaginilor;
d) utilizarea unor probe pentru determinarea nivelului de dezvoltare a limbajului, înţelegerea unor noţiuni familiare;
e) recitarea unor mici poezii memorate anterior;
f) povestirea liberă sau după imagini;
g) lectura dirijată după imagini;
h) convorbirea liberă (se extrage atât modul de pronunţie cât şi atitudinea copilului faţă de vorbire).

Aceleaşi obiective se urmăresc şi în *vorbirea reflectată:*

- pronunţia sunetelor din alfabet (alfabetul este pronunţat rar, iar copilul repetă fiecare sunet);
- pronunţia cuvintelor care cuprind sunetele observate ca deficitare, în poziţii iniţiale, mediane, finale;

- pronunția unor serii de cuvinte care conțin grupuri de consoane și grupuri de vocale.

Procedând astfel, completând fișa logopedică logopedul poate stabili diagnosticul dislaliei prin analiza pronunției sunetelor, grupurilor de sunete, cuvintelor și a propozițiilor.

Pornind de la principiul accesibilității și ilustrivității clare prin imagine, precum și exemplificării ușoare a formei de dislalie, logopezii trebuie să alcătuiască tabele (liste) cu cuvinte în care sunetele se găsesc la început, la mijloc și la sfârșit, ca cele ale lui E. Vrășmaș (1994). Acestea cuprind următoarea ordine a sunetelor examinate: a, o, u, e, i, ă, î, p, b, m, f, v, t, d, n, l, r, s, z, ț, ș, ce, ci, ge, gi, g, h, ou, ai, ei, ae, pr, tr, dr, gr, cr, sc, st, fl, sn, lb, cl, lt, pl.

5.5. Terapia dislaliei

5.5.1. Generalități (cerințe și metode)

Pentru a obține succesul scontat terapia logopedică a dislaliei trebuie să țină seama de următoarele cerințe (E. Lăscuș, 1996):

- cunoașterea multilaterală a dislalicului (anamneză și psihodiagnostic);
- familiarizarea dislalicului cu mediul logopedic;
- stabilirea unor raporturi optime între logoped și dislalic în vederea creșterii încrederii și interesului ultimului pentru activitatea terapeutică logopedică;
- nu se corectează modelul greșit de pronunție, ci se elaborează un sunet nou, corect;
- obținerea (derivarea) sunetului nou se poate face dintr-un alt sunet corect articulat;
- educarea auzului fonomatic, a controlului și autocontrolului auditiv (deoarece sunt multe sunete asemănătoare dar care prezintă diferențe acustice);
- evitarea efortului neuro-muscular (exercițiile să se desfășoare fără exagerări, cu o cât mai mică încordare neuro-musculară);
- eșalonarea exercițiilor de articulație a sunetelor (la început în șoaptă, apoi sonor, cu voce, de la ușor la greu, de la simplu la complex, de la cuvinte familiare la cele mai puțin familiare etc.);
- trecerea de la exerciții cu caracter general (la care se obține un progres)

la cele cu caracter specific;

- formarea treptată a deprinderilor de pronunție corectă printr-o strictă succesiune și sistematizare a exercițiilor.

Modelele și procedeele folosite în terapia psihologopedică complexă a dislaliei pot fi grupate în două categorii mari:

- metode și procedee de corectare a dislaliei cu caracter general (vezi capitolul IV);
- metode și procedee specific logopedice de corectare a dislaliei.

5.5.2. Metode și procedee specific logopedice de corectare a dislaliei

A. *Etape, principii, metodologie specifică*

În cazul *dislaliei ușoare,* mai ales la vârsta preșcolarității, dislalia se poate corecta pe baza metodelor și procedeelor cu caracter general, deoarece capacitatea de asimilare verbală este foarte mare.

În cazul *dislaliei grave* metodele și procedeele cu caracter general trebuie combinate cu cele specific logopedice care să asigure succesul terapiei. În folosirea lor trebuie să se respecte cronologic fiecare etapă. Trecerea la etape următoare să se efectueze numai atunci când dislalicul execută corect conținutul etapei respective.

Principalele *etape* ale corectării sunt:

- emiterea sau obținerea sunetului (pronunția corectă a sunetului);
- consolidarea și diferențierea sunetului corectat;
- automatizarea sunetului corectat;
- vorbirea independentă corectă.

Datorită faptului că ritmul de lucru, progresul diferă de la un dislalic la altul, trecerea de la o etapă la cea următoare nu se realizează deodată pentru toți dislalicii cuprinși în acțiunea de terapie ci de la caz la caz.

Principalele *metode* folosite în timpul acțiunii psihoterapeutice logopedice sunt: exercițiul, explicația, demonstrația, conversația și comparația. Fiecare dintre ele se folosește în mod diferențiat de la o etapă de corectare la alta. Totodată, în cursul fiecărei etape de corectare predomină utilizarea unei anumite metode: exercițiul în cea a emiterii sunetului, comparația în cea a consolidării și diferențierii sunetului etc. (E. Lăscuș, 1996).

Principalele *principii* urmărite în cursul terapiei dislaliei sunt (E Vrășmaș, 1994):

- respectarea particularităților de vârstă și individuale ale dislalicului, a tipului și a gradului de deficiență, precum și a nivelului de școlarizare;
- respectarea ordinii etapelor de corectare, conformă cu structurile fonetice tot mai complexe în care se exersează sunetul;
- utilizarea psihoterapiei pe tot parcursul activității;
- continuarea activității psihoterapeutice în școală și familie;
- principiul unității de cerințe în psihoterapie, al muncii în echipă (realizarea legăturii cu medicul generalist, O.R.L., neuropsihiatrul, psihologul, psihodiagnosticianul, pedagogul, asistentul social etc.);
- trecerea corectării prin planuri acționale diferite (de la imagine la fonem, de la fonem la grafem și invers);
- accesibilitatea metodelor utilizate și folosirea jocului în psihoterapia dislaliei mai ales la vârstele mici și în deficiențele mai grave;
- introducerea permanentă a progreselor obținute în contextul normal de comunicare (principiul corectării permanente).

Metodele și procedeele specifice utilizate se diferențiază după obiectivele urmărite în fiecare etapă de terapie, astfel (E. Vrăşmaş, 1994):

1. *Etapa emiterii sunetului*

a) *Demonstrație articulatorie* prin:
- analiza mișcărilor articulatorii;
- sinteza mișcărilor articulatorii;
- articularea cu voce șoptită;
- articularea cu voce normală;
- articularea față în față cu logopedul;
- articularea singur în fața oglinzii.

b) *Exercițiul:*
- articulatoriu (imitativ, spontan, independent);
- fonatoriu (imitativ, spontan, independent);
- ortofonic (care redă precis timbrul sunetului emis).

c) *Comparația:*
- sonoră;
- grafică;
- sonoră și grafică.

d) *Derivarea sunetului:*

- din sunetele apropiate ca loc şi mod de articulare;
- din sunetele care apar primele în ontogeneză.

2. *Etapa consolidării şi diferenţierii sunetului*

a) *Exerciţiul:*

- analiza fonematică;
- diferenţierea motrico-kinestezică;
- diferenţierea sunetului nou de sunete din grupe mai îndepărtate;
- analiza şi diferenţierea grafică.

b) *Comparaţia:*

- sonoră;
- grafică;
- sonoră şi grafică.

3. *Etapa automatizării sunetului*

a) *Exerciţiul:*

- analiza şi sinteza fonematică şi de repetare a unor serii de cuvinte (oral);
- analiza şi sinteza fonematică (scris).

b) *Compunerea:*

- după imagini date (verbal şi scris) a propoziţiilor şi apoi a textelor scurte;
- analiza fonematică a textului compunerii;
- compunere cu început dat.

c) *Conversaţia:*

- individuală;
- în grup.

B. *Programul terapeutic-recuperatoriu specific*

1. *Etapa emiterii sunetului* parcurge mai multe subetape (E. Vrăşmaş, 1994):

1.a) *Pregătirea impostării sunetului* prin utilizarea onomatopeelor, de exemplu pentru:

- "s" - şarpele (ssî...);
  - gânsacul supărat (ssîî...);
- "z" - albina (bâzz);
- "j" - vântul (vâjj);
- "r" - telefonul (ţârr);

- este frig (bârr);
- câinele (hârr);
- fusul (sfârr);
- ursul (morr);

■ "ţ" - greierele (ţârr);
- şoricelul (chiţ-chiţ);
- mirare (ţî-ţî-ţî);

■ "ci" - strănutul (hapciu);
- vrăbiuţa (cip-cirip);

■ "f" - fusul (sfârr);
- oftatul (off);

■ "v" - vaietul (vai-vai);

■ "c" - pistolul (poc);

■ "g" - curcanul (glu-glu);

■ "h" - măgarul (i-ha) etc.

1.b) *Emiterea sunetelor prin demonstraţie şi imitaţie:*

Demonstraţia articulării sunetelor însoţită cu expiraţia clară de către logoped trebuie realizată pentru toate sunetele afectate în dislalia periferică astfel:

a) *Sunetele bilabiale: p, b, m*

Sunetul "p" se realizează prin închiderea buzelor şi lipirea lor de dinţi, astfel încât să nu se obţină spaţiul gol între buze şi dantură. La sunetul izolat limba este în poziţie de repaus. Când se pronunţă împreună cu o vocală limba ia poziţia acesteia. Buzele se desfac sub presiunea aerului exploziv, numai la mijloc, nu pe toată lăţimea. Coardele vocale nu vibrează. Dislalicul imită pronunţia şi simte curentul de aer cald pe mână.

Sunetul "b" se realizează la fel ca "p" numai că buzele nu sunt la fel de strânse, presiunea aerului este mai slabă, iar coardele vocale vibrează, producând un sunet sonor. Învăţarea se face prin controlul laringelui: copilul poate simţi cu palma laringele logopedului şi al lui, în vibraţie. Dacă procedeul acesta nu are succes, se reiau onomatopeele, respectiv huruitul tractorului de la care în mod mecanic logopedul deschide şi închide buzele copilului cu degetul mare şi arătător până aude pe "b". Prin derivare se obţine de la sunetul "m", prin strângerea maxilarelor cu degetele în cursul emisiei.

Sunetul "m". Buzele închise, fără încordare, se deschid fără explozie. Limba are poziţia vocalei ce însoţeşte sunetul "m". Palatul moale, lăsat în jos

permite libera trecere a aerului numai prin nas. Coardele vocale sunt închise şi vibrează. În învăţarea acestui sunet se porneşte de la demonstraţie. Copilul îl imită însoţit de vocale (mai ales cu "a"). Tactil, se percepe vibraţia obrazului la logoped şi apoi la el însuşi.

b) *Sunetele labio-dentale "f" şi "v"*

Sunetul "f". Buza superioară este uşor ridicată. Poziţia limbii este impusă de vocalele între care se află sunetul "f". Palatul moale este ridicat, închizând comunicarea dintre cavitatea bucală şi cea nazală. Coardele vocale nu vibrează. Învăţarea sunetului "f" cere exerciţii pentru buze, exerciţii de respiraţie şi de suflat. Se obţine prin imitaţie sau mecanic (în timpul suflării aerului se împinge buza inferioară cu degetul arătător, pe incisivii superiori). Prin derivare se obţine din sunetul "p", prin retragerea buzei inferioare.

Sunetul "v". Buzele, limba şi palatul moale se găsesc în aceeaşi poziţie ca la "f", dar acum coardele vocale vibrează. Învăţarea lui se completează cu constatarea vibrării coardelor vocale. Poate fi derivat şi din "f" pronunţat cu voce.

c) *Sunetele linguo-dentale: "s", "z", "ţ", "t", "d", "n", "l", "r".*

Sunetul "s". Buzele sunt bine întinse, dinţii uşor depărtaţi, limba se sprijină pe incisivii inferiori, se bombează şi formează de-a lungul său un canal pe care se scurge aerul. Coardele vocale nu vibrează. Învăţarea se face prin demonstraţie la oglindă şi făcându-l pe logopat să simtă aerul expirat. Dacă nu reuşim se încearcă obţinerea lui "s" interdental. Sunetul "s" lateral se corectează ţinându-se arătătorul la o mică distanţă de centrul gurii dislalicului cerându-i-se să-şi îndrepte privirea şi curentul de aer spre degetul arătător. Se poate apela şi la strângerea obrajilor cu degetele pentru a împiedica aerul să iasă pe lateral, sau se pot aşeza două tampoane (pe lateral).

Sunetul "z". Se obţine la fel ca "s", numai că de data aceasta coardele vocale vibrează. Învăţarea se face prin imitare şi simţind vibraţia coardelor vocale.

Sunetul "ţ". Se articulează la fel ca "s" cu excepţia limbii care se sprijină în spatele incisivilor superiori. Aerul iese exploziv şi nu continuu. Învăţarea sunetului este mai grea la debilul mintal, imitaţia fiind mai dificil de realizat; se porneşte de la sunetele "t" şi "s" între care pauza se scurtează din ce în ce mai mult până se realizează "ţ". Se cere copilului să apese puternic limba pe alveolele incisivilor superiori iar în pronunţie ea să fie lăsată cu iuţeală jos.

Sunetul "t". Limba este uşor bombată, iar vârful ei se lipeşte de gingia incisivilor superiori. Buzele nu se implică. Palatul moale se ridică, curentul de

aer expirat trece repede între limbă şi gingie. Nu vibrează coardele vocale. Învăţarea se face prin imitare în urma demonstrării la oglindă. În caz de nereuşită se poate învăţa prin derivarea de la "p", pronunţându-se silaba "po" cu limba scoasă între buze, producându-se un "t" interlabial. Îndepărtând buzele cu ajutorul degetelor se obţine "t" interdental de la care se va trece, treptat, spre cel corect.

Sunetul "d". Cu excepţia coardelor vocale, care sunt închise şi vibrează, organele vorbirii au poziţia sunetului "t". Este mai slabă intensitatea aerului expulzat. Învăţarea se face de la demonstraţia şi imitaţia lui "t", dar şi derivând de la aceasta pe "d" şi făcând comparaţia între faptul că la "d" coardele vocale vibrează, iar la "t" nu vibrează. Sunetul "d" se derivă şi din sunetul "b", procedându-se astfel: se pronunţă silabe formate din "b" şi vocale (ba, be, bi, bo), la care se adaugă şirul de silabe al lui "d", apoi se va alterna şirul de silabe al lui "d", iar în final se vor alterna cele două şiruri (ba-da, be-de etc.). Se poate deriva şi din "p": din pronunţarea unui şir de silabe directe (pa-pe-pi etc.) ţinând limba între dinţi se poate obţine un "d" interdental.

Sunetul "n" se formează pornind de la aceeaşi poziţie a organelor vorbirii ca şi la "d". Aerul expulzat trece prin nas, iar vălul palatin se lasă-n jos. Se produce o vibraţie a nasului (se evidenţiază punând mâna pe el). Învăţarea lui "n" se face prin derivaţie de la "m" interlabial (se vor îndepărta buzele uşor cu degetele obţinând un "n" interdental) sau aşezând limba ca pentru "t" şi suflând aerul prin nas. Dacă "n" este înlocuit cu "l" se corectează prin atingerea cu vârful limbii a alveolelor dinţilor de sus. Pentru uşurarea pronunţiei deplasăm arătătorul copilului la una dintre nările noastre apoi la a lui: el va simţi vibraţia în caz că fonemul este articulat corect.

Sunetul "l" se obţine de la poziţia cu buzele deschise, limba încordată, vârful ei îngustat, atingând gingia dinţilor superiori şi rădăcina ridicată, trasă înapoi. Datorită palatului moale care închide intrarea aerul nu pătrunde în nas. Coardele vocale vibrează. Învăţarea se face prin imitare după o demonstraţie în oglindă. Se apelează la vibraţia coardelor vocale.

Sunetul "r" se obţine mai greu. Buzele sunt deschise ca la "l". Limba ia forma unei linguriţe, marginile ei sprijinindu-se pe molarii superiori, iar marginea din faţă se ridică spre alveole la stânga şi vibrează sub presiunea aerului. Astfel nu iese pe nas căci palatul moale se ridică. Învăţarea prin imitare este cea mai dificilă. Cu cât copilul are nevoi mai mari de educaţie pronunţarea lui "r" este mai dificilă. Pentru învăţarea lui "r" trebuie efectuate exerciţii de gimnastică

lingual şi exerciţii pentru vibrarea corectă a limbii. Prin derivare "r" se obţine de la pronunţarea rapidă şi repetată a sunetelor "t" sau "d", trecându-se la "r". Se explică dislalicului poziţia corectă a organelor ce iau parte la pronunţie. Dacă vibrarea vârfului limbii nu se poate realiza, este ajutat cu o spatulă care să antreneze mişcări la stânga şi la dreapta. Se palpează vibraţia coardelor vocale în timpul pronunţării sunetului "r". Pentru obţinerea lui "r" derivat din "l" se cere dislalicului să pronunţe "la-la-la" în timp ce se apasă uşor pe bărbie făcând-o să vibreze. Astfel se influenţează vibrarea vârfului limbii. Dacă "r" este înlocuit cu "l" se realizează exerciţiile care cuprind cuvinte cu silaba "ra" iniţial şi apoi cu "re" în celelalte poziţii. Dislalicul va pronunţa cuvintele respective independent sau în propoziţii cu gura cât mai deschisă. După câteva încercări va pronunţa corect sunetul "r" urmat de alte vocale şi în combinaţie cu celelalte foneme. Sunetul "r" apical (pronunţat cu vârful limbii) se obţine de la cei care înlocuiesc pe "r" cu un "r" uvular sau alt sunet, prin exerciţii cu cuvinte care conţin combinaţiile de consoane - "ler". Se pronunţă cu un suflu energic pentru ca buzele să vibreze puternic.

d) *Sunetele prepalatale: "s", "j", "ci", "ce", "gi", "ge"*

Sunetul "ş" se realizează cu buzele uşor rotunjite. Limba ia forma unei linguriţe: vârful ei rămâne liber, iar marginile superioare ating molarii superiori. La imitaţie i se spune dislalicului: "Ridici limba". Palatul moale este ridicat, coardele vocale nu vibrează, iar suflul de aer este cald şi puternic. Învăţarea se face prin imitaţie în faţa oglinzii. Dislalicului i se cere să simtă suflul de aer cald pe dosul palmei şi să rotunjească buzele. Uneori se intervine şi mecanic prin apăsarea laterală a obrajilor şi rotunjirea buzelor. În caz că "ş" este înlocuit cu "s" se realizează strângerea buzelor şi rotunjirea lor, iar limba are o poziţie apropiată de dinţii superiori din faţă.

Sunetul "j". Organele vorbirii au aceleaşi poziţii ca la "ş" cu excepţia limbii care este mai apropiată de cerul gurii şi a faptului că acum coardele vocale vibrează. Învăţarea se face pornindu-se de la sunetul "ş" prin imitare şi prin demonstrarea modului de articulare. Dislalicul rosteşte prelung sunetul "ş" având o mână la gură şi alta la laringele său, până când îl poate trece în "j". Dislalicului i se atrage atenţia că vibrează atât laringele cât şi tot maxilarul inferior.

Sunetele "ce" şi "ci" se formează la fel ca sunetul "ş", specifică fiind evacuarea explozivă a aerului şi închiderea pe care o face limba. Învăţarea se face pornind de la sunetul "ş" şi punând copilul să constate pe mână curentul de

aer cald. Apoi se percepe caracterul puternic al curentului de aer la pronunția explozivă a lui "ce". Uneori se obține ușor de la onomatopeea "hapciu".

Sunetele "ge" și "gi" se realizează în aceeași poziție a organelor vorbirii ca și la "ce" și "ci". Diferența este dată de vibrația coardelor vocale.

e) *Sunetele guturale: "c", "g" și "h"*

Sunetul "c". Buzele și dinții se deschid la acest sunet atât cât o cere vocala care urmează după "c". Vârful limbii atinge palatul, iar rădăcina se ondulează lipindu-se de palat. Palatul moale ridicându-se, desparte cavitatea nazală de cea bucală. Sunetul "c" se învață prin derivare din "t". Se pronunță "t" și-n acest timp se împinge limba spre cerul gurii până se obține "c" (se folosește o spatulă sau degetul copilului).

Sunetul "g" se formează la fel ca și "c", diferența constând în poziția coardelor vocale. Învățarea lui "g" pornește de la "c". Împreună cu dislalicul se constată diferențele de pronunție între șirurile de silabe directe de la "c" cu cele de la "g". Sunetul "g" se poate obține prin analogie: de la diferențierea pa-ba, pe-be, pi-bi etc. se poate ajunge la ca-ga. Sunetul "g" se obține și cu mijloace mecanice: se împinge limba în fundul gurii cu o spatulă pornind de la "d".

Sunetul "h" se realizează în aceeași poziție ca la pronunțarea sunetelor "c" și "g". Diferența constă în poziția limbii: partea ei dorsală atinge cerul gurii, lăsând la mijloc o contracție, prin care iese aerul expirat și provoacă un zgomot caracteristic. Învățarea sunetului "h" se face prin imitație și demonstrarea ei către dislalic. La acestea se adaugă procedeul de a simți pe mână curentul de aer expirat. Se poate obține sunetul "h" și pornind de la "c" trecându-l spre "h". Dacă acest procedeu nu reușește, se poate folosi spatula: se pronunță sunetul "s" și se împinge limba spre fundul gurii până apare "h".

f) *Sunetele palatale: "che", "chi", "ghe", "ghi"*

Sunetele "che" și "chi" se pronunță cu buzele ușor întinse, marginile laterale ale limbii se lipesc de incisivi, iar vârful ei este la baza incisivilor inferiori. Coardele vocale nu vibrează. În învățarea acestor sunete se pornește prin derivație de la "t", folosind spatula. Se coboară vârful limbii la incisivii inferiori (din poziția de pronunție a sunetului "t" cu ajutorul spatulei sau sondei de la te-ti la che-chi).

Sunetele "ghe" și "ghi". Poziția organelor de vorbire este ca și la "che" și "chi", dar în acest caz coardele vocale vibrează. Învățarea sunetelor "ghe" și "ghi" ține seama de perceperea acestor vibrații.

g) *Sunetul x* deformat se corectează prin pronunțarea rapidă și energică a sunetului "c" urmat imediat de sunetul "s" sau prin pronunțarea sunetului "g" urmat repede de "z" astfel încât perechile de consoane să alcătuiască un singur sunet.

h) *Pronunțarea vocalelor*

Sunetul "a" - afectat la hipoacuzici și la disartrici. Se corectează prin așezarea palmelor dislalicului pe pieptul logopedului și apoi pe propriul său piept: dislalicul va simți vibrațiile toracelui. Deschiderea gurii la circa 9 mm, iar vârful limbii trebuie să fie ușor retras în interiorul cavității bucale.

Sunetul "e" - afectat la hipoacuzici și disartrici se pronunță în partea anterioară a gurii, când vârful limbii se sprijină pe dinții incisivi inferiori iar partea posterioară este ușor încordată.

Sunetul "i" (afectat la hipoacuzici) se pronunță cu vârful limbii sprijinit pe incisivii inferiori și partea dorsală încordată este ridicată ușor spre palat. Se poate corecta prin retragerea laterală a comisurilor buzelor sau prin perceperea cu palma a vibrațiilor produse de fonem, în creștetul capului sau în bărbie.

Sunetul "o" se realizează prin deschiderea mai mare și rotundă a gurii, limba fiind retrasă în interiorul cavității bucale și prin rotirea în jurul gurii a arătătorului.

Sunetul "u" se obține printr-o deschidere mică și rotundă a gurii și o ușoară țuguire a buzelor, iar partea posterioară a limbii este ridicată.

i) *Pronunțarea diftongilor "oa" și "ea"* monoftongați și reduși la "a" presupune prelungirea pronunțării primei vocale, urmată de cea de-a doua și apoi articularea mai rapidă a celor două vocale succesive.

j) *Grupurile de consoane "pl", "fl", "bl", "tr", "cl", "cr", "gr", "pr" "sc"* etc. se corectează astfel: pronunțarea prelungită a primei consoane, legată prin vocala "i" prelungit spus de următoarea consoană (exemplu: piii...l), în exerciții de descompunere fonematică. În cazul grupului "pl" se poate utiliza și alipirea buzelor urmată de explozia puternică a suflului de aer reținut de vârful limbii alipite de cerul gurii. Grupurile consoanelor formate prin alipirea unei consoane de "r" (br, cr, fr, gr etc.) se pot obține și prin apăsarea puternică a limbii pe alveolele dinților incisivi și prin suflarea puternică și explozivă a aerului din gură.

1.c) *Emiterea sunetelor prin derivarea lor din alte sunete*

Dacă demonstrația nu este suficientă pentru corectarea dislaliei, folosim

derivarea sunetului dintr-un sunet pronunțat corect. Procedee de derivare s-au dat pentru fiecare sunet în parte.

1.d) *Emiterea sunetelor prin derivarea lor din sunetele care apar primele în ontogeneză*

Procedeele de emitere a sunetelor trebuie să țină seama și de ordinea apariției acestora în ontogeneză.

În corectarea *dislaliilor polimorfe* trebuie acordată o atenție deosebită sunetelor "de bază": "s", "ș", "r". Un "s" corect pronunțat facilitează apariția perechii sale, consoana sonoră "z" și a lui "ț" ("t" + "s"). Sunetul "ș" facilitează apariția sunetului "j" și a lui "ci" ("t" + "ș"), iar "j" ușurează pronunția lui "gi" ("d" + "j"). Apoi se trece la corectarea consoanelor sonore ("b", "d", "g", "n") și apoi "f", "m", "c", "p" și "t". Sunetul "r" se recuperează cel mai greu, după mult timp.

Corectându-se consoanele (și eventualele vocale) se poate trece la recuperarea grupurilor de consoane și de vocale ("pl", "fl", "tr", "bl", "oi", "oa", "ea", "ia" etc.). La sunetele perechi ("s"-"z", "ș"-"j", "ce"-"ge", "f"-"v", "t"-"d", "p"-"b", "c"-"g") alterate, după corectarea sunetului surd se trece obligatoriu la sunetul sonor, pentru evitarea desonorizării, utilizându-se paronimele.

La fiecare etapă de corectare este necesară respectarea ciclului de pronunție-demonstrație-model-imitație în fața oglinzii:

pronunție concomitentă pronunție reflectată cu logopedul;

pronunție independentă.

Trecerea de la pronunția model la cea independentă necesită exerciții diferite atât de tip articulator cât și fonetice și ortofonice.

1.e) *Emiterea concomitentă (simultană)*

După pronunția model se realizează pronunția concomitentă a sunetului corect, prin imitarea lui sau folosind o metodă de derivare.

1.f) *Emiterea independentă*

Când dislalicul poate pronunța sunetul independent, prin exerciții diferite, se trece la structuri fonetice complexe. La început se pronunță în șoaptă, cu un minim de efort articulator. Treptat, pe măsură ce pronunția corectă a sunetului se consolidează, se poate folosi vocea din ce în ce mai puternică.

2. *Consolidarea sunetului*

Deoarece pronunția izolată a sunetului nu există în vorbirea normală,

acesta va fi inclus, cât mai curând posibil în diferite combinații silabice, în cuvinte și propoziții de complexitate progresivă.

a) *Introducerea sunetului în silabe*

- Silabe directe și inverse (spre exemplu la sunetul "j": "ja", "je", "ji", "jo", "ju", "jă", "jî"; "aj", "ej", "oj", "uj", "ăj", "îj");
- Structuri reversibile (spre exemplu la sunetul "ș":"șa"-"aș"; "șe"-"eș"; "iș"-"și"; "oș"-"șo" etc.);
- Logatomi (silabe cu sens și fără sens; spre exemplu la sunetul "z": "zac", "zic", "zob", "zez", "caz", "tiz", "sâz" etc.);
- Structuri silabice cu ritm (spre exemplu la sunetul "t": "at"-"ta"; "ta"-"ta"-"ta"; "te"-"te"-"te" etc.);
- Structuri consonantice sau cu diftongi (spre exemplu cu "b": "bra", "bla", "bru", "bli", "boa", "bai", "bei", "bia" etc.).

La școlari se utilizează și exerciții grafice.

b) *Introducerea sunetului în cuvinte*

- Cuvinte cu fonemul în poziția inițială (spre exemplu pentru "g": monosilabice: gaz, goi, gol, gram, gust etc.; bisilabice: gama, gura, grija etc.; cuvinte polisilabice: gamelă, grăsime, grămadă, guriță etc.);
- Cuvinte în care fonemul este în interiorul cuvântului (spre exemplu pentru sunetul "t": "mata", "tata", "cota" etc.);
- Cuvinte în care fonemul este în poziție finală (spre exemplu pentru "m": "am"; "om"; "fum"; "venim" etc.);
- Cuvinte cu grupuri de consoane: "str", "pl", "fr"...
- Cuvinte în care consoana afectată este în poziție intervocalică (spre exemplu sunetul "t": "patul", "patina", "patimă" etc.).

Se începe exersarea cu cuvinte simple monosilabice apoi se trece la cuvinte complexe bisilabice și polisilabice. Se folosesc și cuvinte în care sunetul apare de mai multe ori (de ex.: "s": "sos", "sus", "scos", "spus" etc.).

- Cuvinte în care fonemul este precedat de o consoană și urmat de o vocală (de ex.: pentru "r": "brad", "brânză", "brav", "braț");
- Cuvinte în care fonemul este urmat de o consoană surdă (de ex.: pentru "s" "sfat", "scară");
- Cuvinte în care fonemul deficitar e constant dar prima silabă este substituită (de ex.: "ca"-"ră", "ra"-"ră", "moa"-"ră");

■ Structuri verbale reversibile ("sar"-"ras", "cos"-"soc") sau progresive prin adăugare "z"-"zi"-"zid"-"zidul"-"zidar" etc.

3. *Diferențierea sunetelor*

a) Diferențierea la nivelul silabelor

- silabe directe și inverse la consoane surde/sonore. De exemplu: "t"-"d" ta-da, at-ad, ata-ada, tot-dod etc.

b) Diferențierea la nivelul cuvintelor. De exemplu, cuvinte "paronime": "s"-"z" sare-zare, sac-zac etc.

4 *Automatizarea*

a) *Exersarea sunetului deficitar în propoziții*

Exemplu pentru "s": Sandu are sanie. Sora sa Sorina sună. Sus sunt siringile spitalului etc.

■ Sintagme cu parte finală constantă

Maria e cu sania

Mama e cu sania

Sonia e cu sania

■ Sintagme cu parte inițială constantă

Fata este acasă

Fata este la masă

Fata este la plimbare etc.

■ Sintagme cu frecvența mare a fonemului deficitar. Exemplu pentru "t": Tata taie lemne cu toporul.

■ Sintagme alternative negative interogative:

Ana are nuci.

Ana are nuci?

Nu, Ana are mere etc.

b) *Exersarea sunetului deficitar în scurte texte, povestiri, ghicitori, memorizări*

■ Povestiri după imagini, seturi de imagini;

■ Memorarea unor scurte "poezii".

Exemplu pentru "s":

Când văd litera S mare

Gât de lebădă îmi pare

Îl găsește fiecare

În cuvintele: steag, soare etc.

■ Ghicitori, poezii

- Texte cu dificultăți variabile
- Dialoguri despre timpul liber
- Compuneri cu teme date sau libere.

5.5.3. Terapia dislaliei centrale sau de evoluție

Acest tip de dislalie regresează spontan o dată cu vârsta și în mod deosebit prin asistența pedagogică acordată dislalicului.

A. *Etiopatogenie*

Factori etiologici

a) *Organici*

- *neurogeni* ce determină o leziune micro- sau macrosechelară și exercită o frână asupra procesului de maturizare fono-articulatorie;
- *somatogeni* ce determină o întârziere globală în dezvoltarea somato-psihică prin afecțiuni grave sau repetate;
- *constituționali* (ascendenți în linie paternă care au manifestat întârziere în maturizarea fono-articulatorie);

b) *Funcționali psihogeni* grupați în:

- greșeli de educație, supraprotecționism și întreținerea voită dincolo de limita fiziologică a vorbirii infantile;
- opoziționismul și refuzul spre vârstele mici la copiii lipsiți de afecțiune, maltratați, abandonați.

B. *Simptomatologie*

a) *Dislalia centrală* este precedată de întârziere în apariția și dezvoltarea vorbirii, întârziere în dezvoltarea motorie, statica corpului, capului, achiziția mersului și controlul sfincterial.

b) Tulburările de pronunție formează tabloul principal. Maturizarea structurilor motorii, auditive etc. implicate în maturizarea fono-articulatorie se desăvârșește cu întârziere.

Vocalele sunt rar afectate iar "a" niciodată. Mai rar sunt afectate sunetele m, b, f, v, d, n; mai des c și g și cel mai des s, z, ț, r.

Sunetele care apar mai târziu, care au o biomecanică articulatorie dificilă sunt cel mai des afectate. De obicei impun un tratament logopedic, pentru îmbunătățirea capacității discriminative, iar în cazul microsechelelor corticale capacitatea discriminativă este diminuată și copilul adoptă scheme articulatorii mai comode.

Se diferențiază dislalia de sunete, silabe, cuvinte.

Idiolalia, tetismul sau hotentotismul, când vorbirea este neinteligibilă, datorită omisiunilor inversărilor frecvente, apar rar.

c) *Tulburările de motricitate generală* manifestate prin întârziere în achiziția deprinderilor motorii, disabilității motorii (proasta coordonare a mișcărilor, imprecizie a mișcărilor).

d) *Deficit de maturizare* sau funcționalitate a intelectului manifestat prin întârziere în dezvoltarea intelectului, intelect liminar, deficit de concentrare a atenției, lentoare și fatigabilitate.

e) *Tulburări ale afecțiunii și comportamentului* (puerilism, negativism, hiperemotivitate, anxietate etc.).

f) *Tulburări de auz fonematic* datorate nivelului dismaturativ situat în zonele de recepție și sinteză auditivă, leziunilor corticale fine, slabei capacități de memorare a structurilor verbale.

C. *Forme clinice*

1. *Forma motorie datorată:*

a) Deficitului motor înfățișat ca o disabilitate motorie generală;

b) Tulburării paretice imperceptibile care diminuează forța musculară, precizia mișcărilor, coordonarea activității mușchilor implicați în vorbire. Pot fi localizate la nivelul buzelor, vârfului limbii, vălului palatin etc. și au drept consecințe afectarea labialelor, dentalelor etc.;

c) Tulburări de lateralizare;

d) Tulburări afective și de comportament sau intelectuale.

Forma receptiv-senzorială cuprinde:

a) *dislalia prin deficit de auz fonematic* (confundarea sunetelor c, t, ș, s, z, j, r, l; inversiuni de sunete sau silabe).

b) Dislalia cu deficit auditiv nesemnificativ (simptomatologie de tip afazic).

3. *Forma psihogenă sau reactivă* - persistența unui limbaj infantil peste vârsta cronologică.

Instalarea dislaliei centrale e favorizată de *condiții intrinseci* (labilitate neuro-psihică consecutivă unui factor ereditar sau dobândit) și *condiții extrinseci* (tulburări de limbaj în ambianță: soră, frate, prieteni; bilingvism la vârstele mici).

Diagnosticul diferențial precizează:

- nivelul de dezvoltare somatică;
- starea organelor periferice ale vorbirii;
- starea auzului;
- nivelul dezvoltării psihice;
- starea vorbirii (pronunție izolată a sunetelor; pronunția sunetelor în silabe, cuvinte, propoziții; vocabular; structura gramaticală a limbii.)

Terapie

a) Măsuri cu caracter general.

- Eliminarea condițiilor sau factorilor care intervin:
  - fortificarea fizică a copilului;
  - accelerarea maturizării psihice;
  - eliminarea din anturajul copilului a persoanelor cu defecte de vorbire.
- Model de vorbire corect, clar, expresiv.
- Exerciții pentru dezvoltarea motricității.
- Exerciții pentru dezvoltarea auzului fonetic.

b) Măsuri cu caracter specific (similare celor de mai sus) (E. Vrăşmaş, 1994).

5.5.4. Disartria

Termenul provine de la dys - greu şi arthrom - articulație. Nu afectează limbajul propriu-zis, nici vorbirea în general, ci doar latura instrumentală, la un anumit nivel intermediar între organul periferic de execuție şi centrul cortical de elaborare şi comandă. Apare în deficiențe survenite după boli sau leziuni ale sistemului nervos central care afectează conductibilitatea impulsurilor nervoase motrico-verbale spre efectori unde se realizează sunetele vorbirii.

Tulburările de pronunție ale disartricilor nu sunt determinate de inabilitatea de a imita sunetele vorbirii, ci de limitarea muşchilor implicați în pronunție. Tulburărilor articulatorii li se adaugă cele respiratorii şi de fonație afectând ritmul şi cursivitatea vorbirii. Disartricul este conştient de dificultățile pe care le întâmpină realizarea unor mişcări fono-articulatorii şi, cu toate că ştie ce mişcări trebuie să facă, el nu le poate realiza.

Forme şi tipuri de disartrie

a) *corticală;* este o formă relativ uşoară cu o reversibilitate mai rapidă datorită marilor posibilități de compensație ale altor componente corticale.

b) *subcorticală,* manifestată în întârzieri grave în dezvoltarea vorbirii la copii, articularea incorectă a cuvintelor, repetarea unor părți din cuvinte (iterație), repetarea cuvintelor întregi (palilalia), vorbirea accelerată până la o bolboroseală neinteligibilă, rinolalia, bâlbâiala dizartrică, ritm încetinit al vorbirii, tulburări de voce, mimică și gesticulație săracă, neexpresivă.

c) *cerebeloasă,* produsă de leziuni ale cerebelului care determină o pronunție sacadată ca vorbirea turmentaților.

d) *bulbară,* determinată de leziuni ale nucleilor unor nervi cranieni ce participă la realizarea vorbirii (paralizie bulbară).

e) *pseudobulbară;* prezintă simptomele celei bulbare: vorbire monotonă, încetinită, articularea imprecisă a consoanelor, nazalizare.

Diagnosticul disartriei este dificil de pus, ea putând apărea sub forma unor dislalii care cedează greu la terapie. Disartria este o tulburare a vorbirii mai complexă. În dislalie sunt afectate sunete izolate, sistemul fonetic e păstrat, în disartrie sunt afectate și alte componente (respir, ritm etc.). Bâlbâiala care însoțește uneori disartria nu este pură, ci mai mult o expresie a paraliziei cerebrale infantile.

Prognosticul depinde de momentul apariției, de complexitatea tabloului clinic, de momentul începerii terapiei, de specificul ei. Dacă disartria este mai simplă și dacă nu au apărut complicații, dacă tratamentul este adecvat și începe în faza de debut sau în copilărie, este favorabil. Dacă i se asociază și o întârziere mintală sau deficit senzorial, prognosticul este mai rezervat. *Terapia* logopedică trebuie să fie diferențiată și individualizată. Să fie precedată de o examinare minuțioasă și multilaterală pentru a evidenția elementele pe care ne putem sprijini și pe care trebuie să insistăm. Terapia logopedică a disartriei este doar o componentă a tratamentului complex de recuperare psihică, somatică a capacității de muncă și de integrare. În vederea prevenirii unor tulburări neuropsihice secundare, este absolut necesară colaborarea cu familia, care poate prelua sau continua unele sarcini psihopedagogice și logopedice. Familia trebuie să îi asigure copilului un regim de viață rațional cu ore de somn, alimentație, odihnă etc. Este necesară și psihoterapia prin procedee variate. Exercițiile vor fi de scurtă durată și repetate de multe ori în cursul aceleiași zile.

Metode și procedee speciale pentru dezvoltarea motricității generale și a aparatului fono-articulator. Se insistă asupra exercițiilor pentru dezvoltarea

mişcărilor capului şi gâtului, rotire, exerciţii de masticaţie. Aceste exerciţii trebuie asociate cu exerciţii de fonaţie şi pronunţie de silabe, baterea din palme pentru a accelera sau încetini ritmul, mişcări asociate cu pronunţia de onomatopee etc. Sunt indicate şi jocurile de mişcare însoţite de pronunţia unor sunete. Formarea respiraţiei verbale este un alt obiectiv important deoarece respiraţia disartricului este superficială. Dacă i se pune o pungă cu nisip pe abdomen în timp ce stă întins pe spate, va inspira mai adânc şi mai regulat. Reducerea dificultăţilor respiratorii duce des la îmbunătăţirea formaţiei nemaifiind necesare exerciţiile speciale.

Pentru corectarea mişcărilor articulatorii care sunt cele mai pregnante (omisiuni, substituiri, distorsiuni etc.) se folosesc în general aceleaşi procedee ca şi la dislalie, mai ales de mişcare a limbii, pentru dezvoltarea auzului fonematic.

Terapia logopedică a disartricului este de lungă durată, necesită exerciţii sistematice progresive, efectuate zilnic ani întregi (I. Mititiuc, 1996).

5.5.6. Rinolalia

Termenul provine din grecescul rino - nas şi lalie - vorbire, însemnând vorbire pe nas. Pe lângă tulburările de pronunţie specifice dislaliei, în rinolalie sunt o serie de deficienţe ce constau în tulburarea rezonanţei sunetelor şi a vocii. Rinolalia are la bază mai multe *cauze:* despicături de boltă şi văl palatin congenitale unor afecţiuni dobândite ale palatului, orificii sau fisuri ale boltei şi vălului palatin prin pătrunderea unor corpuri străine, pareze sau hemipareze ale vălului, luetei. Apar în hipoacuzii, surdităţi, oligofrenii, macroglosie. Apare o voce înfundată, răguşită, îngroşată.

Forme:

- *aperta* (deschisă) când unda expiratorie ia calea nazală în pronunţarea sunetelor nazale;
- *clausa* (închisă) când unda expiratorie necesară pronunţării sunetelor nazale se scurge pe traiectul bucal, calea nazală fiind blocată;
- *mixtă* când unda expiratorie se scurge fie pe cale nazală fie pe cea bucală (E. Verza, 1980).

Terapia rinolaliei este complexă şi necesită colaborarea chirurgului, psihologului, logopedului şi a familiei. În cea organică este indicat să înceapă terapia după intervenţia chirurgicală, care să înlăture cauza tulburărilor de vorbire.

Terapia trebuie să înceapă cu observarea funcţionalităţii buzelor, a

muşchilor feţei, a folosirii pereţilor interni ai obrajilor, a muşcăturii şi aşezării dinţilor pe arcadă, a limbii, a funcţionalităţii vălului palatin, a respiraţiei. Se examinează apoi vorbirea sub toate aspectele stabilindu-se felul, forma şi gradul rinolaliei, dacă este însoţită de alte tulburări.

În terapia rinolaliei aperta se va urmări formarea expirului bucal, dezvoltarea auzului fonematic. Se folosesc exerciţii de suflat, fluierat, supt etc. Trebuie conştientizate mişcările palatului moale. Copilul pronunţă sunetul a-a-a prelung în faţa oglinzii. Cu o sondă de masaj se poate face şi masaj pe văl. Corectarea sunetelor se face prin procedee speciale, cu nasul închis şi deschis prin imitaţie în faţa oglinzii. Pentru însuşirea corectă a pronunţiei diferitelor sunete, se vor antrena toţi analizatorii pentru ca senzaţiile auditive, vizuale, chinestezice să participe la formarea noilor deprinderi. Paralel se va urmări îmbogăţirea vocabularului, exprimarea corectă în propoziţii şi fraze.

În rinolalia clausa se recomandă intervenţia chirurgicală după care se învaţă pronunţia corectă a lui m, n şi a celorlalte sunete dacă este nevoie. După operaţie se transformă în rinolalie aperta fiind necesare exerciţii logopedice (I. Mititiuc, 1996).

Concluzii

- Tulburările fono-articulatorii din dislalii, disartrii, rinolalii de natură organică sau centrală nu implică lezarea intelectului dar pot determina unele întârzieri în dezvoltarea activităţii intelectuale şi psihice;
- Tulburările articulatorii pot dăuna şi progresului şcolar, în special în însuşirea scrisului, deoarece pronunţia greşită face dificilă legarea sunetului de literă, iar tulburarea auzului fonematic îngreunează realizarea operaţiilor de analiză şi sinteză la nivelul silabelor şi cuvintelor (ele pot fi chiar generatoare ale dislexiilor şi disgrafiilor);
- Dislalia auditivă are repercusiuni serioase asupra citit-scrisului;
- Corectarea tulburărilor de pronunţie asigură dezvoltarea psihică normală a copilului. Ea depinde de eficienţa metodelor folosite şi de o serie de particularităţi psiho-individuale, în special de nivelul de inteligenţă şi simţul limbii;
- Metodele şi procedeele pot fi perfecţionate şi îmbogăţite, adaptate permanent la particularităţile individuale ale logopatului respectiv;
- În general, prin utilizarea unor procedee adecvate, marea majoritate

a tulburărilor dispar treptat. Acolo unde persistă se vor face *exerciții speciale,* strict individuale, ținându-se seama de simptomatologie, de cauzele care au produs-o, vârsta, nivelul de dezvoltare psihică, alte tulburări etc.

- Dislalia, rinolalia și disartria nu ridică dificultăți prea mari dacă reeducarea este începută de timpuriu; perioada de reeducare este în general scurtă și nu apar recidive;
- Părinții și cadrele didactice trebuie să ofere un model de pronunție corectă, să adopte o atitudine calmă, corectă, fără compătimire, fără constrângere, cu un antrenament permanent în vorbire (I. Mititiuc, 1996).

CAP. VI

TULBURĂRI DE RITM ŞI FLUENŢĂ

6.1. Bâlbâiala

6.1.1. Simptomatologia bâlbâielii

Bâlbâiala este o tulburare de vorbire de origine centrală funcţională, favorizată de o stare de receptivitate patologică a regiunilor care participă la realizarea vorbirii (I. Mititiuc, 1996).

Se referă la tulburări spastice de vorbire în care sunt afectate fluenţa şi ritmul vorbirii. Se manifestă prin repetarea unor silabe, sunete la începutul sau mijlocul cuvintelor şi propoziţiilor sau prin repetarea unor cuvinte cu pauze exagerate în desfăşurarea vorbirii ca urmare a apariţiei spasmelor la nivelul aparatului fono-articulator care împiedică desfăşurarea vorbirii ritmice şi cursive. În primul caz bâlbâiala este *clonică* iar în al doilea caz este *tonică,* existând şi forme *mixte*. Bâlbâiala influenţează negativ înţelegerea vorbirii de către interlocutor şi are multiple efecte secundare (U. Şchiopu, coord., 1997):

- *neurovegetative* (transpiraţii, agitaţie, nervozitate, modificări de respiraţie etc.);
- *psihice* (exacerbări de timiditate, grimase şi ticuri legate de eforturile de a face faţă situaţiilor, gesticulaţie sau rigidităţi exagerate etc.).

Există o strânsă legătură între bâlbâială şi *logonevroză,* ultima fiind mai accentuată şi spectaculoasă. Apare dacă există un fond nevrotic şi se conştientizează handicapul de frustraţie.

În Europa 1% din oameni au forme mai uşoare sau mai severe de bâlbâială. Predomină la băieţi, la stângaci, la copilul unic sau la primul şi ultimul născut. Apare între 3 şi 6 ani în majoritatea cazurilor (90%).

Prognosticul bâlbâielii este relativ favorabil. Dacă debutează în preşcolaritate, bâlbâiala poate fi înlăturată cu mai multă uşurinţă printr-un tratament adecvat. Ulterior este mai greu de corectat posibilitatea apariţiei recidivelor sub influenţa unor factori stresanţi. La adulţi bâlbâiala poate avea un caracter incurabil.

6.1.2. Cauzele bâlbâielii

Actualele concepții au fost împărțite în două grupe distincte, pornind de la rolul predominant ce se acordă anumitor factori în declanşarea bâlbâielii (E. Lăscuş, 1996):

- teorii în care predomină punctul de vedere somato-fiziologic;
- teorii în care predomină punctul de vedere psiho-social.

A. *Din perspectivă somato-fiziologică,* bâlbâiala este expresia unor perturbări fiziologice sau biochimice ale sistemului nervos. Gruparea diferitelor cauze s-a făcut în concordanță cu observațiile clinice, cu criteriile anatomice sau cu anumite considerații asupra eredității. Între acestea amintim factorii eredității, dominanta cerebrală, acțiuni neuroendocrine, întârzieri în dezvoltarea psihofizică generală, întârzieri în dezvoltarea vorbirii etc. (E. Lăscuş, 1996).

a) *Factorii ereditari.* Ereditar nu se transmite tulburarea în sine, ci o anumită instabilitate emotivă, anumite predispoziții ce pot favoriza apariția bâlbâielii. Aceste predispoziții se pot menține într-o fază latentă dacă nu există unii factori care să o declanşeze.

b) *Dominanța cerebrală.* Frecvența bâlbâielii este mai mare în rândul stângacilor, de aceea s-a avansat ipoteza conform căreia impunerea mâinii drepte, în defavoarea celei stângi, mai abile de la natură, ar produce o competiție în dominanța celor două emisfere, ceea ce creează o tensiune nervoasă care poate provoca această tulburare (Blumel şi Froeschele). De altfel, toți factorii care pot genera suferințe cerebrale mai ales în primii ani de viață, când se produce diferențierea funcțională a centrului limbajului, pot fi incriminați în apariția ulterioară a diferitelor tulburări de vorbire.

c) *Acțiunile neuroendocrine.* Prin investigații electrofiziologice s-a pus în evidență că leziunile cerebrale frontale constituie cauza primară a disfluențelor verbale, deci existența unor microleziuni cerebrale poate constitui substratul pe care se instalează bâlbâiala. Cu toate că *rolul hormonilor* în reglarea vorbirii este unanim cunoscut, până în prezent acest factor a fost studiat doar tangențial, luându-se în considerare urmările pe care le au afecțiunile glandelor endocrine asupra activității sistemului nervos a troficității musculare ca şi asupra mecanismelor respiratorii. Studiile inițiate de către Parhon şi continuate de colaboratorii săi au stabilit că în regiunile în care

este frecventă guşa endemică numărul bâlbâielilor este mai mare. Deci, disfuncţiile endocrine pot interveni în declanşarea bâlbâielii, însă rolul lor exact este încă necunoscut.

d) *Întârzierile în dezvoltarea psiho-fizică generală.* La bâlbâiţi s-au pus în evidenţă întârzieri în maturizarea sistemelor funcţionale neuro-motorii. Karlin explică etiologia bâlbâielii prin întârzieri în mielinizarea fibrelor nervoase care intervin în coordonarea musculaturii aparatului fono-articulator. Tocmai acest proces de mielinizare târzie face ca bâlbâiala să fie mai frecventă la băieţi. Bâlbâiala mai este explicată şi ca o consecinţă a dezechilibrului produs între procesele de excitaţie şi cele de inhibiţie la nivelul centrilor motori ai limbajului.

e) *Întârzieri în dezvoltarea vorbirii.* Peste jumătate din cazurile de bâlbâială apar pe un fond de nedezvoltare a limbajului. Stein a elaborat o ipoteză după care bâlbâiala ar fi produsă de către decalajul existent între posibilităţile de gândire şi cele de exprimare. Dificultăţile de exprimare a ideilor de către bâlbâiţi ar fi produse de nematurizarea funcţiilor expresive ale limbajului.

Rolul factorilor somato-fiziologici a fost pus în evidenţă pe baza studiilor de laborator sau pe consideraţii anatomo-fiziologice.

B. Conceptele actuale privind etiologia bâlbâielii consideră că în numeroase cazuri de bâlbâială *factorii psiho-sociali* ar deţine un rol primar iar altele ar avea un rol declanşator. Printre factorii psiho-sociali amintim stările de nevroză, greşelile de educaţie, stările de stres etc.

a) *Stările de nevroză.* În concepţia psihanalitică (S. Freud, Cotiot, Glauber etc.) bâlbâiala reprezintă un sindrom nevrotic în care personalitatea întreagă este perturbată datorită unor conflicte interne. *Perturbările emotive* care împiedică adaptarea normală, fără existenţa unui substrat organic, pot constitui cauze ale declanşării acestei tulburări. Studiindu-se ambianţa familială a copiilor bâlbâiţi s-a sesizat existenţa unor stări de anxietate cu caracter nevrotic.

b) *Greşelile de educaţie.* De obicei, bâlbâiala apare după o psihotraumă care poate fi provocată de aprecierile greşite şi pedepsele nejustificate ale cadrelor didactice sau părinţilor. Totodată părinţii pot contribui la fixarea patologică a bâlbâielii prin desele observaţii

critice asupra modului de exprimare a copiilor şi prin insistenţa de a se evita repetiţiile de silabe. De aceea este absolut necesar ca familiile cu astfel de copii să consulte un specialist pentru a adopta o atitudine adecvată care să uşureze activitatea psihoterapeutică. La apariţia bâlbâielii pot contribui şi unele cadre didactice mai nevrotice sau la care antipatia-simpatia sunt manifeste. Au fost semnalate bâlbâieli şi în cazul terapiei greşit aplicate în tratarea unor tulburări.

c) *Stările de stres.* Termenul de stres este utilizat într-un sens larg, cuprinzând toate măsurile educative greşite, stările conflictuale, traumatismele psiho-fizice ca şi afecţiunile grave somato-fiziologice. Stările de stres pot apărea şi prin dezechilibrarea copiilor în faţa unor situaţii la care nu se mai poate răspunde prin reacţii obişnuite. Apariţia bâlbâielii ca şi dificultăţile în dezvoltarea psihică a copiilor pot fi determinate şi de suprasolicitările sistemului nervos, de deteriorarea continuă a ambianţei ecologice datorită poluării sonore şi chimice.

Deci, etiologia bâlbâielii are un caracter polimorf, rezultat din intercondiţionarea unui mare număr de factori. Dintre aceştia, după cum a rezultat din cele arătate mai sus, unii au un caracter primar, declanşator, iar alţii un caracter secundar, de menţinere a acestei tulburări.

6.1.3. Formele bâlbâielii

După caracterul particular al tonusului muscular al organelor vorbirii (H. Gutzmann, 1906) au fost desemnate *bâlbâiala clonică* şi *tonică.* Aceste denumiri au fost înlocuite apoi cu cele de bâlbâială primară (pentru cea clonică) şi secundară (pentru cea tonică) de către Bluemel (1932).

După acest autor bâlbâiala primară (clonică) este o tulburare de ritm şi fluenţă caracterizată prin simple iteraţii sau prelungiri de sunete, fără efort şi cu un caracter incipient.

Diagnosticarea timpurie a bâlbâielii primare se realizează dificil deoarece simptomele ei sunt similare unor anumite particularităţi de vârstă, normale, ale dezvoltării limbajului la preşcolari. În aceste condiţii, în acţiunea de diagnosticare a bâlbâielii este necesar să fie avute în vedere două aspecte (E. Lăscuş, 1996):

- găsirea unor criterii de diferențiere a bâlbâielii primare de particularitățile de vârstă normale a limbajului la preşcolari;
- găsirea unor criterii de diferențiere a formelor incipiente de bâlbâială secundară față de cea primară.

A. *Bâlbâiala primară*

Observațiile sistematice ale limbajului copiilor bâlbâiți şi nebâlbâiți au permis găsirea unor *particularități specifice bâlbâielii primare* (E. Lăscuş, 1996):

a) *Particularități fono-articulatorii.* Toți copiii trec, în procesul de asimilare a limbajului, printr-un stadiu de efectuare a unor repetiții de silabe şi cuvinte, prelungiri ale unor sunete ca şi evitări între pauzele dintre sintagme sau propoziții. Toate aceste particularități (denumite "disfluențe normale" sau *"bâlbâială fiziologică"*) prezintă un caracter normal în perioada de achiziție a limbajului. Astfel, la 3-5 ani copiii se găsesc într-o perioadă de tatonare şi ezitare, când pot efectua un număr de repetiții fără a fi suspectați de bâlbâială. Dacă numărul repetițiilor creşte de 4-5 ori (sau mai mult) există o formă primară de bâlbâială. Cele mai frecvente repetiții se manifestă în cazul cuvintelor de legătură, în special a conjuncțiilor.

b) *Particularități prozodice* (ale pronunțării ritmice a cuvintelor). Bâlbâitul întâmpină cele mai mari dificultăți în încercarea de adaptare rapidă a inflexiunilor vocalice cerute de intonație, intensitate, accent şi tempo. Cu cât propozițiile sunt mai dezvoltate cu atât reliefarea elementelor prozodice este mai mult afectată. Bâlbâiții, de obicei, nu pot să pronunțe corect o expresie verbală decât după un anumit număr de repetiții (Janson denumeşte acest fenomen "efect al adaptării" la cerințele de formulare). Deci, bâlbâiala poate fi privită ca o tulburare a coordonării motricității fine cerute de articularea prozodică.

c) *Particularități respiratorii.* Bâlbâiții recurg la o respirație forțată, cu debit mare expirator, ceea ce face ca pronunțarea ultimelor cuvinte să ducă la consumarea aerului pulmonar de rezervă. După expirațiile forțate inspirațiile devin din ce în ce mai profunde şi rapide, fiind însoțite de mişcări ale părții superioare a toracelui sau alteori inspirațiile devin scurte, superficiale, repetate aproape după

fiecare cuvânt.

d) *Particularități comportamentale.* Criticile părinților și educatorilor referitoare la modul de exprimare al bâlbâiților precum și ironia și imitarea lor de către alți copii în scop distractiv determină fixarea defectului. În urma acestor manifestări bâlbâiții refuză să mai răspundă, se încăpățânează etc.

B. *Bâlbâiala secundară* (tonică) se caracterizează prin declanșarea spasmului de lungă durată ce împiedică emiterea vocii. În momentul în care spasmul cedează, vocea erupe cu energia caracteristică bâlbâiților. Bâlbâiala devine secundară atunci când bâlbâitul este conștient de propriul defect și încearcă să îl evite sau să îl ascundă prin eforturi de supraîncărcare musculară. Bâlbâiala secundară are, la fel ca și cea primară, o serie de *particularități* (E. Lăscuș, 1996):

a) *Particularități fono-articulatorii.* Copiii care prezintă bâlbâială secundară repetă cuvinte întregi iar atunci când acțiunea factorilor stresanți este puternică nu pot să pronunțe nici un cuvânt. Între diferitele sunete, silabe sau cuvinte apar pauze cu o durată mai mare decât este normal.

b) *Particularități prozodice.* În cazul bâlbâielii secundare modificările prozodice sunt mult mai complexe: intonațiile care ar trebui să aibă un caracter ascendent dobândesc un caracter descendent, accentele sunt deplasate, vorbirea devine din ce în ce mai uniformă, fără curbe de variații expresive, timbrul vocii este schimbat căpătând o nuanță "metalică" cu tendința de nazalizare etc.

c) *Particularități respiratorii.* La subiecții cu bâlbâială secundară apare un anacronism între mișcările respiratorii toracice și cele abdominale.

d) *Particularități comportamentale.* Datorită conștientizării defectului cei care îl prezintă ajung la agravarea lui. Copiii aceștia devin încăpățânați, se închid în sine, refuză să vorbească, devin anxioși și negativiști etc.

e) *Particularități ale citirii.* În cursul citirii dificultățile bâlbâiților sunt mai reduse deoarece în acest caz ei sunt scutiți de responsabilitatea formulării unor idei și datorită faptului că semnele de punctuație le dirijează în mare măsură coordonarea posibilităților expresive.

Citirea lor este, în general, monotonă, sacadată, lipsită de variațiile melodice cerute de context etc.

f) *Particularități ale scrierii.* În scrisul bâlbâiților întâlnim des repetiții ale unor litere, silabe şi chiar omisiuni şi inversiuni precum şi presiuni exagerate; apar şi prelungiri ale legăturilor dintre litere care dezintegrează caracterul unitar al scrisului.

6.1.4. Terapia bâlbâielii

Intervenția psihoterapeutică a logopedului în cadrul bâlbâielii trebuie să acționeze înainte de fixarea prea profundă a mecanismelor sale patologice. Deoarece, aşa după cum am arătat în subcapitolul anterior, etiologia bâlbâielii este foarte complexă, în funcție de particularitățile specifice ale fiecărui subiect, logopedul trebuie să aleagă din literatura de specialitate metodele şi procedeele pe care le consideră a fi cele mai eficiente. După cum arată Johnson (1964), "personalitatea terapeutului şi relațiile pe care acesta le stabileşte cu pacientul au o valoare mai mare decât metoda însăşi, în care ambii trebuie să creadă cu putere. Nu are importanță cu ce se începe. Fie că porneşte de la vorbirea după metronom, vorbirea asociată, repetată pe silabe, masticarea aerului, toate au ca scop schimbarea ritmului vorbirii". Acelaşi autor arată că în terapia bâlbâielii, factorul hotărâtor constă în a-l convinge pe bâlbâit că poate vorbi fluent, indiferent de mijloacele adoptate.

Totuşi, după cum apreciază I. Mititiuc (1996), bâlbâitul trebuie să treacă printr-o etapă de exerciții care să consolideze în mod temeinic noile deprinderi de vorbire. Trebuie alese procedee care să ofere posibilitatea ca bâlbâiții să se exprime în mod fluent, fără întreruperi. Aceeaşi autoare consideră că în fazele incipiente, formarea deprinderilor de vorbire corectă prin diferite metode terapeutice nu trebuie să-i facă pe bâlbâiți conştienți de tulburarea lor.

Principalele obiective urmărite în cursul activității psihoterapeutice sunt (I. Mititiuc, 1996):

- reducerea intensității factorilor conflictuali care cauzează şi întreţin bâlbâiala;
- călirea psihologică a copilului pentru a se mări pragul de rezistență la acțiunea factorilor stresanți;
- exersarea vorbirii fluente.

Obiectivele amintite trebuie urmărite nu numai în grădiniță sau şcoală,

ci şi în familie. Logopedul are obligaţia de a da părinţilor şi cadrelor didactice îndrumările necesare şi de a supraveghea respectarea lor strictă şi modul de evoluţie a copilului. *Psihoterapia* are un rol important în acţiunea de reducere sau înlăturare a factorilor conflictuali. Ea urmăreşte(I. Mititiuc, 1996):

- schimbarea atitudinii părinţilor faţă de bâlbâială;
- evitarea conflictelor şi a stării de încordare nervoasă;
- realizarea unui climat relaxant şi plin de afectivitate.

Toţi membrii familiei trebuie să stabilească nişte relaţii afective de apropiere, de sinceritate şi încredere, care să îi dea copilului o securitate sufletească deosebită. Este necesar ca ei să cunoască şi să înlăture toţi factorii de iritare, de enervare, de trăire negativă a bâlbâitului şi să-i înlăture, să-l protejeze (nu supraprotecţie). Relaţiile afective cu copilul să fie echilibrate şi constante. De asemenea, pentru ca bâlbâitul să se simtă bine în orice loc, trebuie creată şi-n afara familiei aceeaşi atmosferă echilibrată. Corectarea bâlbâielii se poate realiza numai într-o atmosferă de destindere afectivă. Pentru realizarea acestor obiective se apelează la metoda convorbirii. Prin intermediul ei li se va explica părinţilor etiologia bâlbâielii, simptomatologia ei, faptul că poate să reapară, că succesul psihoterapiei este mult influenţat de climatul în care trăieşte bâlbâitul. După cum arăta E. Boşcaiu (1983), părinţii vor observa atent situaţiile ce cauzează bâlbâiala pentru a le elimina, ca şi pe cele în care copiii vorbesc normal, pentru a le generaliza, a le folosi.

Cele mai frecvente *situaţii care cauzează bâlbâiala* sunt (I. Mititiuc, 1996):

- situaţiile de comunicare ce produc o stare de stres, care depăşesc posibilităţile de comunicare ale bâlbâitului;
- observaţiile asupra modului lui de vorbire şi asupra comportamentului;
- conflictele dintre copii;
- întrebările puse brusc;
- fixarea insistentă a privirilor asupra bâlbâitului când acesta trebuie să vorbească;
- răspunsuri cu conţinut afectiv puternic;
- încercări de impunere a părerilor proprii, de relatare a unor situaţii stresante, neplăcute etc.;
- stări de oboseală fizică, psihică, convalescenţă etc.;

- pronunțarea unor cuvinte lungi, cu dificultăți fonetice, puțin cunoscute etc.

Principalele *situații care favorizează exprimarea verbală fluentă* sunt (I. Mititiuc, 1996): comunicarea în stare de bună dispoziție, de relaxare, când copiii nu sunt supravegheați, când nu poartă răspunderea formulării răspunsului, ori când modul de exprimare este memorat sau învățat.

Copiii bâlbâiți trebuie feriți continuu să ajungă în stări conflictuale cât și de persoane nervoase, irascibile, de prietenii necorespunzătoare. Când discută cu ei părinții, cadrele didactice, alte persoane să dea impresia că nu urmăresc atent ceea ce spun copiii; în caz că ritmul este accelerat, răspunsul să fie încetinit, bine intonat pentru ca bâlbâitul să imite această stare de relaxare; în caz că-și dau seama de apariția spasmului, adulții să dea răspunsul, să nu aprecieze performanțele verbale, să nu-l compare cu alți copii. Părinții - în colaborare cu logopedul și cadrele didactice - vor stabili un program de viață regulat, care să stimuleze dezvoltarea psihologică normală a copilului. Programul va fi individualizat, adaptat particularităților proceselor psihice și însușirilor de personalitate ale logopatului. Este necesar să fie cât mai strict respectate regulile de igienă, orele de sculare și culcare, alternarea odihnei cu activitatea, realizarea unei bune dozări a lor, apelarea la odihna activă, la jocuri colective etc.; educarea efortului intelectual, utilizarea unor distracții relaxante, odihnitoare; asocierea exercițiilor de vorbire cu mișcarea în aer liber etc. (I. Mititiuc, 1996).

După realizarea unor normale condiții de viață și educare, după înlăturarea pe cât posibil a cauzelor care au declanșat bâlbâiala, se va trece la *reeducarea vorbirii,* reînvățarea bâlbâitului de a vorbi normal prin *exerciții variate* (I. Mititiuc, 1996):

- exerciții de gimnastică respiratorie pentru realizarea unei respirații toracice, echilibrate și a unei inspirații profunde, dirijate conștient de copil;
- exerciții de gimnastică respiratorie însoțite de vorbire (după ce s-a obținut un oarecare echilibru);
- exerciții de antrenare a discernământului auditiv, care se bazează pe exerciții de pronunțare ritmică, exerciții de reliefare a elementelor prozodice, cu variația intonației, tempoului;
- exerciții ritmice, bazate pe coordonarea întregii motricități, inclusiv a celei verbale;

- utilizarea muzicii, dansului, recitării, psihodramei, terapiei prin joc etc.

Dacă bâlbâiala persistă, se vor efectua *exerciții speciale* de 3-4 ori pe săptămână. Se va începe cu vorbirea asociată, apoi reflectată, iar în final liberă, spontană. Se vor pronunța cuvinte, propoziții simple, dezvoltate, se va povesti și-n final se va conversa.

În faza primară a bâlbâielii se acționează indirect, iar în faza secundară terapia urmărește realizarea unui control direct al blocajelor. Copiii trebuie să-și conștientizeze greutățile și contribuția propriilor eforturi. Dacă terapia începe la o vârstă mai mare, mijloacele de înlăturare sunt mai complexe și timpul necesar corectării este mai îndelungat. Când deprinderile de vorbire sunt adânc înrădăcinate, rezultatele sunt limitate, obținându-se numai o ameliorare a vorbirii. *Obiectivele urmărite* în această fază sunt:

- modificarea atitudinii bâlbâitului față de propria tulburare;
- reducerea treptată a simptomelor prin propriul efort;
- realizarea unei vorbiri fluente.

Psihoterapia bâlbâielii are ca scop înlăturarea ideii obsedante de la dificultățile vorbirii, a fricii de a vorbi, a sentimentului de inferioritate, trezirea încrederii în eficiența psihoterapiei logopedice și-n posibilitatea înlăturării bâlbâielii. Din multiplele metode trebuie alese cele concordante cu personalitatea bâlbâitului și cu cea a logopedului. Mai întâi trebuie realizat transferul afectiv între cei doi pentru a se putea crea un teren receptiv la metodele ce vor fi utilizate (I. Mititiuc, 1996).

Forme de psihoterapie:

- directă, prin cuvânt;
- indirectă, prin modificările din ambianța copilului.

Deoarece influența verbală nu dă întotdeauna rezultatele scontate, ea trebuie îmbinată cu *procedee extralingvistice* (ton hotărât, mimică expresivă, gesturi sigure) care sunt mult mai eficiente decât argumentarea logică.

Psihoterapia se poate efectua atât *în grup* cât și *individual.* Se poate utiliza *psihologia sugestivă,* sugerându-i-se subiectului că poate vorbi bine sau cea *de relaxare,* folosindu-se exerciții de contractare musculară, nervoasă și psihică, pe un fond muzical liniștitor sau pe fondul unor imagini relaxante.

Pentru bâlbâiții nevrotici, cu tendințe agresive, se recomandă descărcarea kinetică, prin exerciții ce includ mișcări specific instinctive, care

duc treptat la liniştire.

Restabilirea ritmului respirator presupune apelarea la exerciţii de gimnastică respiratorie.

În vederea restabilirii fluenţei verbale se începe tot de la sunete, silabe, cuvinte, însoţind pronunţarea de mişcarea ritmică a mâinii sau piciorului, de bătăile metronomului ori de sunetele unor instrumente muzicale. Aceste exerciţii urmăresc să-l deprindă pe bâlbâit cu o vorbire într-un ritm mai lent. Apoi se va introduce ritmul specific fiecărui copil (după ce acesta va fi determinat). Este bine ca exerciţiile să se execute în faţa oglinzii pentru ca bâlbâitul să-şi corecteze în mod conştient mişcările aparatului fono-articulator, să-şi orienteze toată atenţia asupra buzelor, mimicii, articulării (I. Mititiuc, 1996).

E. Boşcariu (1983) propune ca în această etapă să se apeleze la *procedee variate* cum ar fi:

- *procedeul continuităţii tonului vocal* (înlocuirea sunetelor, cuvintelor prin pronunţarea sunetelor "a" sau "m" prelungit, imitând însă accentul şi intonaţia propoziţiei);
- *procedeul coarticulării sunetelor* (exemplu, de pronunţare după scheletul vocalic al cuvintelor, acordându-se atenţie conturării vocalelor);
- *pseudobâlbâiala sau practica negativă* (deoarece unul din mijloacele de a înlocui o deprindere negativă este acela de a o practica în mod conştient, deliberat, ca scop);
- întreruperea şi reluarea vorbirii (pentru a-şi crea o stare pregătitoare când anticipează apariţia unui spasm);
- procedeul masticaţiei (să emită sunete în timp ce efectuează mişcări de masticaţie bine conturate);
- *procedeul asocierii vorbirii cu scrisul* (exerciţiile de scris se execută deodată cu pronunţarea prelungită a vocalelor din fiecare silabă, înlăturând disfluenţele prin abaterea atenţiei de la pronunţare).

La vârsta şcolară - apreciază majoritatea autorilor - *citirea* reprezintă metoda de bază în terapia bâlbâielii. La început citirea va fi însoţită de bătaia metronomică a mâinii, bâlbâitul având sarcina de a citi cuvântul corect, prelungit, bine articulat. Este bine ca exerciţiile de citire, în această fază, să se facă pe texte prelucrate, împărţite prin bare în sintagme. La început sintagmele vor fi scurte, apoi se vor lungi (4-5 cuvinte). Copilul va începe cu un inspir (mai mult

sau mai puțin profund, în funcție de lungimea sintagmei) apoi va citi sintagma întreagă pe parcursul unui singur expir. Primele exerciții de citire se vor efectua concomitent cu logopedul, urmând citirea reflectată și apoi independentă. În vederea evitării perseverării disfluențelor, vor alterna diferitele tipuri de exerciții (cu voce sonoră, șoptită, mimată, rapidă, lentă, normală etc.). După realizarea unei vorbiri apropiate de normal se va exersa citirea artistică (expresivă), adică citirea cu intonație, accentuări, cu respectarea semnelor de ortografie și punctuație. Apoi se va trece la reproducerea celor citite, inițial pe baza întrebărilor logopedului (cerându-i să redea doar ideile pe care le stăpânește) și în final independent. După conversația dirijată în primele ședințe, pe teme obișnuite, familiare bâlbâitului, va urma, pe măsură ce se restabilește vorbirea copilului, conversația mai nuanțată, mai completă, în care se abordează teme variate. Copilul va fi stimulat acum să ia parte la concursuri, la discuții în societate etc. în scopul normalizării relațiilor verbale (I. Mititiuc, 1996).

Deoarece la subiecții bâlbâiți se constată și o voce slabă, nesigură, trebuie acționat pentru educarea unei voci sonore, sigure; aceasta se poate forma mai ales prin *cânt*. Cântatul, ca și sporturile cu mișcări ritmice, calme, sunt mult recomandate în terapia bâlbâielii (I. Mititiuc, 1996).

Prognosticul bâlbâielii este greu de precizat. În general, la copilul mic prognosticul este favorabil. *Durata terapiei logopedice* este influențată de o serie de factori: momentul începerii ei; procedeele și metodele utilizate; modul de cooperare cu familia, cu educatorii; străduința și perseverența copilului, starea lui de sănătate etc. Dacă terapia logopedică începe târziu, bâlbâiala nu poate fi înlăturată total și definitiv.

6.2. Tahilalia

Tahilalia este o tulburare a ritmului și fluenței vorbirii care constă într-o vorbire prea accelerată. În cazul vorbirii tahilalice tulburările lexico-gramaticale sunt reduse, cu excepția formelor grave: *battarism*. Nici funcția comunicativă a limbajului nu este afectată decât doar la subiecții cu battarism când apar agramatisme și deformări pe lângă vorbire exagerat de rapidă (E. Lăscuș, 1996).

Copiii tahilalici au un debit verbal foarte rapid, încât uneori nici nu pot fi urmăriți. Tahilalia se poate transforma în bâlbâială, în caz că nu este corectată la timp (I. Mititiuc, 1996).

Cauzele tahilaliei pot fi atât organice cât şi funcţionale, datorită tulburărilor neurodinamicii corticale. La copiii tahilalici au fost evidenţiate (prin examinări medicale) unele disfuncţii neurologice. Manifestările comportamentale ale tahilalicilor se caracterizează prin capacitate redusă de autocontrol, agitaţie, nervozitate etc. (E. Lăscuş, 1996). Vorbirea accelerată s-ar datora, după unii autori, unei dizarmonii între activitatea scoarţei cerebrale, care organizează gândirea şi capacitatea organelor fonatoare de a o transmite prin vorbire, existând un continuu conflict între expresia gândită şi cea vorbită (I. Mititiuc, 1996).

În caz că nu se manifestă modificări acustice şi deformări sintactice, metodele şi procedeele utilizate în psihoterapia bâlbâielii se aplică şi în *corectarea tahilaliei.* Dacă, însă, există şi alte modificări, metodele se combină. Deoarece - după cum s-a arătat - subiecţii tahilalici prezintă un sistem nervos mai fragil, se va acţiona în faza iniţială asupra acestuia prin intermediul unui tratament medicamentos. Astfel se va urmări înlăturarea neastâmpărului, educarea capacităţii de autostăpânire, de autocontrol. În acelaşi timp se va acţiona asupra modului de vorbire urmărindu-se formarea unei vorbiri liniştite, calme, fluente. Subiecţii tahilalici vor fi urmăriţi permanent şi deprinşi, obişnuiţi să-şi regleze ritmul prin exemplu şi exerciţii (introducerea ritmului marcat prin bătăile metronomului, mâinii sau piciorului, mişcările ritmice, cântul, în general prin tot ce cultivă, încetineşte şi ordonează mişcările). Vor fi folosite totodată citirea, povestirea, recitarea, în ritm potrivit şi rapid, urmărindu-se pronunţarea cât mai corectă a sunetelor. Vocea va varia în intensitate, încheind cu voce tare. Se va folosi mult timp vorbirea reflectată. Deoarece la multe persoane tahilalice este dereglat şi ritmul gândirii se va acţiona şi asupra dezvoltării gândirii logice. Tahilalicul trebuie determinat să se implice el însuşi intens în învingerea defectului propriu pentru că vorbirea accelerată este foarte persistentă (I. Mititiuc, 1996). *Prognosticul tahilaliei* este relativ favorabil.

6.3. Bradilalia

Bradilalia este o tulburare de ritm şi fluenţă ce constă într-o vorbire anormal de lentă, cu intervale mari între cuvinte, greu de urmărit. Bradilalicii vorbesc foarte rar, tărăgănat, încet, abia deschid gura. Pronunţia sunetelor este neclară, confuză, iar articularea incompletă. Vocalele sunt pronunţate şters,

tărăgănat, iar consoanele sunt slab articulate. Este alterată şi dicţia, tocmai din aceste motive. Această tulburare apare mai ales la copiii extenuaţi datorită unor boli, a tulburărilor glandelor cu secreţie internă, subnutriţiei etc. (I. Mititiuc, 1996). Este însoţită des şi de bradipsihie (ritm lent în exprimarea ideilor, manifestat prin întârzierea răspunsurilor la stimuli şi la pronunţarea cuvintelor).

Ca şi la tahilalie, *terapia* debutează printr-un tratament medicamentos, care să stimuleze, să activeze şi să întărească sistemul nervos. Tahilalicilor li se va explica în ce constă tulburarea vorbirii lor, şi, prin exerciţii variate, se va acţiona pentru accelerarea ritmului şi realizarea unei pronunţii clare, precise, cu forţa şi durata necesare. Educarea tuturor proceselor şi condiţiilor psihice (gândire, memorie, atenţie, voinţă, motivaţie etc.) este absolut necesară. Exerciţiile pentru terapia bradilaliei se vor executa în fiecare zi, insistându-se pe (I. Mititiuc, 1996):

- exerciţii de gimnastică respiratorie;
- exerciţii pentru dezvoltarea musculaturii aparatului fonorespirator;
- exerciţii specifice fiecărui sunet pronunţat greşit;
- exerciţii pentru susţinerea finalurilor de cuvânt;
- exerciţii de despărţire a cuvintelor în silabe cu pronunţarea clară, corectă a fiecărei silabe;
- exerciţii de citire cu ritm variat (lent, potrivit, rapid, bine articulat);
- exerciţii de antrenare a efortului aparatului fonoarticulator prin citirea cuvintelor cu un gard ridicat de dificultate pentru tonificarea aparatului fonoarticulator (cu creionul în gură, se accentuează exagerat ultima vocală: abá, abé, papá etc.; în ritmuri moderate, accelerate, apoi rapide citesc cuvinte cu mare grad de dificultate, urmărindu-se pronunţarea corectă şi participarea aparatului vorbirii: abstractizare, verosimilitate, abracadabra, macaragiu etc.). Ritmul citirii cuvintelor se va accelera treptat. Exerciţiile se pot repeta forţându-se participarea intensă a buzelor, maxilarelor, obrajilor. Tot cu creionul în gură se pot efectua şi exerciţii de citire cu voce oscilantă în intensitate şi cu diferite ritmuri, insistându-se pe cel accelerat. Treptat se va scoate creionul. În vederea accelerării ritmului se apelează la metronom.

6.4. Aftongia

Aftongia constituie o tulburare de vorbire asemănătoare bâlbâielii, datorată apariției unui spasm tonic de lungă durată la nivelul mușchilor limbii. Deoarece a fost observată mai ales la bâlbâiți, este apreciată ca fiind un simptom al bâlbâielii, dar poate apărea și în afara acestei tulburări. În cazul aftongiei *terapia* constă mai ales în exerciții de gimnastică a limbii și de educare a vorbirii. Poate fi tratată, dar, în general, cedează foarte greu.

CAP. VII

TULBURĂRILE LIMBAJULUI SCRIS

7.1. Dislexia - disgrafia

7.1.1. Dislexia - disgrafia - definire şi etiologie

Dislexia - disgrafia constituie o incapacitate parţială şi persistentă a însuşirii citit-scrisului, o incapacitate de a elabora scheme motorii sau perceptive suficient de diferenţiate care să permită identificarea grafemelor în citire şi identitatea grafemelor în scriere (N.- Toncescu, 1967).

Sindromul dislexic-disgrafic este o tulburare de integrare fonetică, reprezintă insuficienta capacitate de discriminare a sunetului în cuvântul auzit şi a semnelor grafice în cuvântul citit, ceea ce duce pe de o parte la o ortografie greşită, în dictare şi la o citire greşită a scrierii, slăbiciune a capacităţii de discriminare a unităţilor fonetice şi a schemelor vizuale; incapacitatea de a raporta structura globală a cuvântului la un semn (C. Păunescu, 1984).

E. Verza (1983) arată că *tulburările lexicografice* sunt incapacităţi paradoxale totale în învăţarea şi formarea deprinderilor de citit-scris, denumite *alexie-agrafie,* ori incapacităţi parţiale numite *dislexie-disgrafie* ce apar ca urmare a unor factori psihopedagogici necorespunzători sau neadecvaţi la structura psihică a copilului, a insuficienţelor în dezvoltarea psihică şi a personalităţii, a modificărilor morfofuncţionale de la nivelul sistemului nervos central şi a deteriorării unor funcţii din cadrul sistemului psihic uman, a deficienţelor spaţio-temporale şi psihomotricităţii, a unor condiţii cu caracter genetic, a nedezvoltării vorbirii sau a deteriorării ei etc. şi care se manifestă prin apariţia unor frecvente confuzii între grafemele asemănătoare, inversiuni, adăugiri şi substituiri de cuvinte, deformări de grafeme, plasarea defectuoasă a grafemelor în spaţiul paginii, neînţelegerea completă a celor citite sau scrise, lipsa de coerenţă logică a ideilor în scris şi, în final, neputinţa de a-şi forma abilităţi corespunzătoare vârstei, dezvoltării psihice şi instrucţiei.

Cauzele dislexiei-disgrafiei au fost grupate în două categorii (E. Lăscuş):

a) *cauze care aparţin subiectului:*

- deficienţe senzoriale;
- slaba dezvoltare psiho-motorie;
- instabilitatea emotivă;
- nedezvoltarea limbajului;
- tulburări de vorbire;
- leziuni ale creierului;
- slaba dezvoltare a auzului fonematic.

b) *cauze care aparţin mediului.* Practica logopedică a arătat că nivelul socio-cultural scăzut al familiei, locul ocupat de copil în cadrul familiei precum şi metodele şi procedeele necorespunzătoare utilizate în învăţarea citit-scrisului pot favoriza apariţia acestei tulburări. F. Kocker a constatat că 50% dintre disgrafici şi dislexici sunt stângaci. Dar nu stângăcia în sine determină apariţia tulburării, ci educaţia greşită în sensul că părinţii şi educatorii obligă copiii să folosească mâna dreaptă în detrimentul celei stângi, mai abilă de la natură, ceea ce declanşează o stare conflictuală cu consecinţe negative asupra dezvoltării generale a copilului şi, deci, şi asupra formării deprinderilor de citit-scris.

O altă cauză a dislexiei este bilingvismul, care poate determina tulburarea datorită supraîncărcării.

7.1.2. Formele dislexiei-disgrafiei

Diferiţi autori au descris mai multe forme de dislexo-disgrafie ce prezintă fiecare o serie de elemente comune, specifice. Dintre formele cele mai amintite fac parte:

a) *dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă* manifestată prin incapacitatea efectuării legăturilor dintre sunetele auzite şi literele scrise, subiectul putând scrie altă literă decât sunetul auzit;

b) *dislexo-disgrafia spaţială sau spaţio-temporală* care duce la o scriere şi citire în diagonală, separarea cuvintelor în silabe, scriere ondulată, imprecisă sau scrierea pe partea dreaptă a paginii;

c) *dislexo-disgrafia motrică* ce apare ca urmare a tulburărilor de motricitate determinând un scris ilizibil, tulburări caligrafice, scris încet, deformarea literelor;

d) *dislexo-disgrafia lineară* care nu permite respectarea rândurilor, determină sărirea peste unele spaţii lăsându-le libere;

e) *dislexo-disgrafia pură sau consecutivă* apare pe fondul altei tulburări (afazie, alalie);

f) *dizortografia,* care constă în dificultăți în învățarea ortografiei;

g) *dislexo-disgrafia de evoluție (de dezvoltare sau structurală).* Copiii cu o astfel de tulburare nu pot realiza progrese însemnate în învățarea citit-scrisului, cu toate eforturile depuse deoarece este determinată de o cauză genetică. Pe lângă disortografie se manifestă dificultăți în înțelegerea simbolurilor grafice, omisiuni atât a grafemelor cât și a silabelor sau cuvintelor, inversiuni, adăugiri, confuzii etc.;

h) *disfonografiile,* care apar ca urmare a unui conflict între oscilația legilor fonetice și o individualitate receptivă modificată, greșelile apărând doar la unele cuvinte care au o structură fonologică dificilă în ceea ce privește analiza și sinteza (C. Păunescu, 1967).

Gama tulburărilor dislexico-disgrafice este deosebit de variată, apărând în forme și intensități diferite de la copil la copil. Clasându-le după ordinea apariției lor în cursul școlarității, acestea sunt (I. Mititiuc, 1996):

- dificultăți în realizarea grafică a literelor (inversează și deformează elementele literelor, rotesc grafemele, le alungesc, le înghesuie etc.);
- dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic (stabilesc greu legătura fonem-grafem, realizează greu analiza și sinteza fonetică etc.);
- omisiuni de litere, elemente grafice, silabe, finale de cuvinte, diftongi, grupuri consonantice, cuvinte întregi (datorită auzului fonematic, analizei optice a cuvintelor etc.);
- substituiri de litere, silabe, cuvinte ca urmare a asemănărilor din punct de vedere optic (s, ș etc.), acustic, kinestezic, fonetic (f, v etc.);
- adăugiri de litere, silabe, cuvinte;
- inversiuni de litere, silabe, cuvinte;
- contopiri și comprimări de cuvinte;
- nerespectarea regulilor gramaticale.

Tulburările scrisului sunt mult mai frecvente și determină mai multe dificultăți decât cele ale cititului. Aceste manifestări sunt mult mai frecvente la copiii deficienți, în special la cei cu dublă sau polideficiență.

7.1.3. Metode și procedee folosite în acțiunea de corectare a dislexiei-disgrafiei

Diferențierea și individualizarea metodelor și procedeelor utilizate

pentru corectarea dislexiei-disgrafiei se realizează în funcție de mai mulți *factori* (I. Mititiuc, 1996):

- simptomatologia și diagnosticul diferențial;
- etiologia tulburării;
- existența și a altor deficiențe (senzoriale, de intelect, psihice) și raporturile dintre ele;
- nivelul dezvoltării psihice a copilului;
- existența și a altor tulburări de limbaj și raporturile dintre ele;
- rezultatele școlare;
- vârsta subiectului;
- specificul dominanței și al lateralității;
- specificul orientării spațio-temporale etc.

Întreaga activitate psihoterapeutică va urmări realizarea următoarelor *obiective:*

- formarea deprinderilor corecte și înlăturarea celor deficitare;
- stimularea activității psihice;
- dezvoltarea personalității.

În cursul activității psihoterapeutice se utilizează două *categorii de metode și procedee.*

A. *Metode și procedee cu caracter general* (E. Lăscuș, 1996). Ele urmăresc să pregătească subiectul din punct de vedere logopedic prin jocuri cu caracter distractiv-relaxant. Cuprind:

a) *Exerciții pentru activitatea și dezvoltarea musculaturii degetelor și a mâinii:* se desfășoară sub formă ritmică (închiderea și deschiderea pumnului și a degetelor; "spălarea" pe mâini și scuturarea mâinilor; imitarea ploii, a cântatului la diferite instrumente etc.; trasarea literelor cu degetul în aer, pe bancă, pe o tăbliță, pe o sticlă, în lada cu nisip etc.; desenarea sau copierea, decuparea și colorarea unor figuri geometrice, animale, plante etc.; modelaj cu plastilină sau argilă etc.).

b) *Educarea auzului fonematic:*

- recitarea unor poezii care conțin sunete apropiate sonor;
- jocuri de recunoaștere a vocii copiilor;
- liste și imagini cu cuvinte paronime etc. (vezi subcapitolul 4.2.).

c) *Educarea și dezvoltarea capacității de orientare și structurare spațială prin exerciții:*

- de schemă corporală (recunoaşterea şi denumirea diferitelor părţi ale corpului: ochiul drept, piciorul stâng etc.; aşezarea unor obiecte în spaţiu în raport cu propriul corp etc.);
- de stabilire a relaţiilor spaţiale între diferite obiecte (de orientare în spaţiul tridimensional);
- de orientare în spaţiul grafic, bidimensional (denumirea sau arătarea laturilor sau colţurilor unui pătrat, aşezarea creionului *în* pătrat, *lângă* pătrat, *deasupra* pătratului etc.; trasarea unor linii în diferite direcţii şi denumirea direcţiilor lor; copierea unor figuri geometrice; denumirea poziţiilor a 2-3 figuri geometrice una faţă de alta etc. - P. Anucuţa, 1986).

d) *Înlăturarea atitudinii negative faţă de citit-scris şi educarea personalităţii* logopatului prin psihoterapie individuală sau de grup. Astfel se va urmări înlăturarea fricii că va comite erori şi a sentimentului de inferioritate instalat. Logopatul va fi încurajat continuu pentru a căpăta încredere în forţele proprii şi a depune un efort voluntar în scopul corectării tulburării.

B. *Metode şi procedee cu caracter specific logopedic.* Este necesar să fie respectate următoarele *cerinţe generale* (E. Lăscuş, 1996):

- dacă dislexo-disgrafia este cauzată de dislalii, rinolalii sau bâlbâieli este necesar să fie înlăturate mai întâi aceste tulburări (în paralel cu corectarea sunetului se urmăreşte şi formarea abilităţilor lexico-grafice);
- începerea cât mai rapidă a terapiei pentru a nu se forma deprinderi greşite;
- formarea şi dezvoltarea la copii a deprinderilor de analiză şi sinteză în plan lingvistic şi logic.

Metodele şi procedeele specific logopedice cuprind (E. Lăscuş, 1996):

a) *Formarea la logopat a capacităţii de conştientizare a erorilor tipice* prin atenţionarea frecventă asupra lor şi asupra modului corect de citit-scris. Apoi subiectul învaţă cum să-şi controleze în plan mental şi acţional întreaga activitate necesară manifestării comportamentului lexico-grafic.

b) *Dezvoltarea capacităţii de sesizare a relaţiei dintre fonem-grafem.* Se utilizează în disgrafiile cauzate de handicapurile vorbirii orale. Procedee folosite:

- la început logopedul citeşte un text şi semnalează litera sau literele afectate apoi le transpune grafic;
- în etapa a doua subiectul citeşte singur textul sub supraveghere şi îşi subliniază cuvintele problemă pe care apoi le scrie;
- citirea unei litere, a silabelor şi cuvintelor (de la uşor la greu, de la simplu la complex) şi scrierea lor;
- denumirea unor imagini (cu cuvintele critice) etc.

c) *Dezvoltarea capacităţii de discriminare vizuală, auditivă şi kinestezică* prin procedee care să stimuleze şi să faciliteze analiza şi sinteza fonetică a cuvintelor şi propoziţiilor: despărţirea cuvintelor în silabe (scrierea fiecărei silabe cu culori diferite), dictarea şi citirea de cuvinte şi propoziţii, autodictarea, autocorectarea.

d) *Dezvoltarea şi perfecţionarea abilităţilor de citit-scris* prin:

- citirea imaginilor izolate şi în suită pentru stimularea dezvoltării vorbirii copilului, a gustului cititului etc.;
- citit-scrisul selectiv, al literelor şi cuvintelor problemă;
- citit-scrisul în ştafetă (toţi copiii trebuie să fie atenţi pentru că nu se ştie care va fi pus să continuie cititul şi scrisul);
- citirea şi scrierea pe roluri, fiecare copil îndeplinind un rol dintr-un basm;
- exerciţii de copiere, dictare şi compunere;
- exerciţii de autodictare etc.

Important este ca terapia acestei tulburări să vizeze atât dezvoltarea limbajului cât şi stimularea activităţii psihice. De altfel, explicarea sensului cuvintelor, a propoziţiei precum şi solicitarea logopatului de a elabora răspunsuri, compuneri, povestiri etc. contribuie la stimularea activităţii psihice a copilului (E. Lăscuş, 1996).

7.2. Alexia-agrafia

Alexia-agrafia sunt tulburări grave ale citit-scrisului, produse de leziuni cerebrale ori de insuficienta dezvoltare a sistemelor cerebrale.

Alexia constituie imposibilitatea însuşirii şi înţelegerii limbajului citit. Se asociază des cu agnozia simbolurilor grafice. În funcţie de gradul tulburării gnozice alexia vizează înţelegerea frazelor, propoziţiilor, cuvintelor, silabelor

sau literelor, traducându-se în plan clinic prin *alexia* (U. Şchiopu ş.a., 1997):

- *frazelor* (nerecunoaşterea legăturilor dintre cuvinte şi a semnificaţiei acestora în contextul frazei, subiecţii având posibilitatea lecturării cuvintelor luate izolat);
- *verbală* (imposibilitatea înţelegerii cuvintelor);
- *silabică* (imposibilitatea înţelegerii silabelor);
- *literală* (imposibilitatea recunoaşterii literelor);
- *cifrelor* (imposibilitatea recunoaşterii cifrelor).

Agrafia constă în imposibilitatea de a comunica prin scris în mod lizibil, independent de nivelul mintal şi de antecedentele şcolare. Agrafia poate să fie asociată sau nu cu alexii sau cu afazii. Poate fi înnăscută sau dobândită. Se datorează unor disfuncţii din emisfera stângă (la dreptaci).

Poate lua forme diferite în funcţie de particularităţi, putând fi optică, apraxică, kinestezică, pură etc. Terapia ei este îndelungată (ca şi la alexie), iar rezultatele, cel mai des, sunt limitate.

CAP. VIII

TULBURĂRILE DE VOCE

Tulburările vocii cuprind distorsiunile spectrului sonor referitoare la intensitatea, înălțimea, timbrul și rezonanța sunetului.

Aceste tulburări pot fi determinate de (C. Stănică, 1994):

a) *Cauze organice* congenitale sau dobândite: malformații ale organelor fonatoare localizate astfel: bolta palatină prea înaltă, coborâtă, îngustă; palat moale: absent, despicat, paralizat; deformații ale limbii și dinților; derivații de sept; polipi nazali; noduli pe coardele vocale; tumori benigne ale faringelui; micoze faringiene; asimetria laringelui; rinite cronice.

b) *Cauze funcționale* manifestate prin:

- paralizii ale mușchilor laringelui și coardelor vocale;
- hipotonie a palatului moale;
- forțarea vocii în intensitate și înălțime;
- vorbirea pe un registru impropriu după schimbarea vocii;
- ca fenomen secundar în hipoacuzii grave;
- stres psihic (stări conflictuale);
- șoc emotiv;
- trac;
- forțarea vocii prin imitarea altor persoane într-un registru care nu e specific copilului;
- unele boli psihice și stări reactive.

Principalele *forme* ale tulburărilor de voce sunt (I. Mititiuc):

a) *Disfonia* - lipsa parțială a vocii.

b) *Afonia* - lipsa totală a vocii în urma lezării laringelui.

c) *Fonastenia* este o tulburare de voce de obicei funcțională, gradul ei variind de la o disfonie neînsemnată până la o afonie totală. Se caracterizează prin scăderea intensității vocii, pierderea calităților muzicale, tremurul și oboseala rapidă a vocii. Este determinată de folosirea incorectă și abuzivă a vocii și de laringite.

d) *Pseudofonastenia* se întâlneşte mai ales la preşcolari şi este determinată de folosirea abuzivă a vocii şi stările emoţionale.

e) *Răguşeala* se caracterizează printr-o voce îngroşată, până la pierderea ei, datorită unor cauze organice (inflamări ale coardelor vocale, laringelui, căilor respiratorii etc.).

f) *Mutaţia patologică* apare la băieţi, ca o voce bărbătească de la 8 la 11 ani sau ca o întârziere a schimbării vocii, menţinându-se o voce hârâită, cu oscilaţii rapide de la un ton la altul. E cauzată de unele tulburări endocrine (pubertate precoce).

g) *Vocea de "falsetto" la bărbaţi* este persistenţa vocii subţiri a puberului până la adolescenţă sau mai târziu datorită dezechilibrului sau nedezvoltării glandulare (scurtează coardele vocale), deficienţa activităţii gonadelor, a hipofizei etc.

h) *Vocea de cap* stridentă, cu rezonanţă cefalică, la nivelul înalt. Apare des în hipoacuzia gravă.

i) *Vocea oscilantă* de falset ia naştere în urma schimbării registrelor vorbirii, în timpul emisiei vocale.

j) *Vocea gravă* este produsă de emisia prin registrul grav de piept.

k) *Vocea inspirată* se caracterizează printr-un zgomot laringian determinat de aerul inspirat într-un moment în care coardele vocale sunt destul de apropiate între ele. Vocea inspirată este subţire şi lipsită de variaţie.

l) *Vocea nazală* alterează claritatea vorbirii şi constă în refluerea pe nas a aerului expirat în timpul vorbirii. Cauze: închiderea cavităţii bucale prin coborârea exagerată a palatului moale, a bolţii palatine, catar nazal sau polip nazal.

Principalele *principii terapeutice* ale tulburărilor de voce sunt (C. Stănică, 1994):

- tratamentul logopedic trebuie să fie precedat sau să se desfăşoare paralel cu cel chirurgical sau medicamentos;
- educarea vocii trebuie să urmeze unei perioade de odihnă a coardelor vocale;
- exerciţiile să se desfăşoare în grup dacă logopaţii manifestă stări de inhibiţie;
- adaptarea exerciţiilor la nivelul de vârstă, luând formă de joc, dacă este cazul;

- desfăşurarea exerciţiilor într-o atmosferă plăcută, relaxantă;
- desfăşurarea unor exerciţii de auz fonematic în caz că subiecţii nu conştientizează tulburările vocii;
- reglarea vocii se poate face prin demonstraţii intuitive (vizuale, auditive, vibro-tactile).

Terapiile speciale ce vor fi folosite vor fi adaptate fiecărei tulburări de voce, fiecărui subiect. Cele mai frecvente sunt (C. Stănică, 1994):

a) În *disfonie, afonie, fonostenie şi pseudofonastenie* (reunite sub termenul de disfonii) mai întâi se aplică măsurile cu caracter general privind fortificarea fizică (vitaminizarea) şi psihică (psihoterapia). După o perioadă de odihnă se continuă cu exerciţiile speciale de educare a vocii:

- exerciţii de expiraţie simplă;
- exerciţii de expiraţie cu vocale;
- exerciţii de expiraţie cu silabe.

b) *Vocea de cap* se corectează prin reglarea emisiei vocii pe registrul mediu.

c) *Vocea oscilantă:*

- Se reglează registrul normal al vorbirii;
- Se demonstrează poziţia corectă a capului;
- Se învaţă cum se păstrează echilibrul dintre aerul din plămâni (mediul intern) şi cel din afară.

d) *Vocea gravă*

Se reglează pe cale intuitivă (auditivă, vibro-tactilă, vizuală) registrul vorbirii prin exerciţii de intensitate normală.

e) *Vocea inspirată*

Se reglează intensitatea şi presiunea aerului expirat prin:

- exerciţii de gimnastică fono-articulatorie;
- exerciţii de inspir-expir;
- exerciţii de expiraţie cu vocale, cu silabe, cu cuvinte, cu propoziţii.

f) *Vocea răguşită*

Exerciţiile speciale se vor realiza numai după vindecarea organelor fonatoare, în caz de îmbolnăvire, ori după odihna coardelor vocale, în cazul forţării lor anterioare. Cuprind:

- Reglarea emisiei aerului prin exerciţii cu vocale şi silabe;
- Exerciţiile se fac cu voce şoptită sau de intensitate medie (forţarea

vocii poate determina agravarea răguşelii, tuse şi chiar hemoragii la nivelul coardelor vocale şi al laringelui).

g) *Vocea nazală*

Se corectează prin exerciţii de educaţie a auzului pentru diferenţierea vorbirii corecte faţă de cea greşită.

În cazul *hipotoniei vălului palatin* recomandăm următoarele exerciţii:

- deglutiţie, tuse provocată, tuse cu încordare, tuse cu limba scoasă;
- ridicarea şi coborârea capului;
- inspiraţie adâncă pe nas şi expiraţie pe gură;
- gargară cu capul dat pe spate;
- suflare în fulgi de vată, hârtii, creioane, pentru umflat baloane etc.;
- motricitate facială;
- fluierat;
- cu vocala "a";
- cu vocala "a" şi consoanele "p" şi "b";
- cu consoanele p-b, b-p (b scurt).

În instruirea vocală se începe deci cu psihoterapia pentru a le dezvolta subiecţilor dorinţa reală de a-şi modifica vocea şi pentru a putea suporta situaţia jenantă pentru ei pe care schimbarea vocii o implică. Se poate merge până la schimbarea mediului, pentru a evita ironiile în momentul încercărilor de schimbare.

În scopul schimbării vocii se pot folosi două procedee alternative (I. Mititiuc, 1996);

- se coboară tonul treptat de la o săptămână la alta, până se ajunge la diapazonul optim, având grijă ca vocea să fie clară şi nu aspirată, după care se încearcă tonuri tari;
- se efectuează exerciţii de variaţie cu coborâri bruşte. Subiectul este pus să treacă de la un diapazon înalt la unul mai jos. La început nota de sus va fi mai tare decât cea de jos, dar el exersează până reproduce încet nota de sus, iar cea de jos creaşte.

Uneori vechile deprinderi ale subiectului tind să se prelungească datorită memoriei auditive pentru vocea sa, ori el ezită să-şi folosească noua voce, considerând că este artificială. Vechea deprindere mai poate să reapară în diferite stări (oboseală, supărare, abatere a atenţiei) şi datorită faptului că noile deprinderi nu au fost consolidate suficient.

CAP. IX

TULBURĂRI DE LIMBAJ GRAVE (COMPLEXE)

9.1. Tulburări de expresie verbală

9.1.1. Alalia

Termenul de alalie provine din grecescul alalos - fără vorbire, mutenie. Constă în incapacitatea subiectului de a-şi folosi vorbirea ca mijloc de comunicare; în unele cazuri uşoare pot fi emise anumite sunete şi cuvinte simple. Este afectată atât latura expresivă a vorbirii, cât şi, parţial, cea impresivă. Ca urmare a nefolosirii limbajului are loc un retard şi în plan mental, dar fără să fie vorba de o deficienţă de tip oligofrenic (E. Verza, 1997).

Cauzele alaliei au fost grupate în trei categorii (I. Mititiuc, 1996):

- *Generale* (alcoolismul părinţilor, rudenia de sânge, sifilis, tuberculoză, rahitism, traume la naştere, boli grave repetate etc.);
- *Psihice* (lipsa imboldului de vorbire, teama patologică, nedezvoltarea memoriei, tonus psihic scăzut etc.);
- *Motorii* (întârziere motorie, defecte generale de motricitate).

Deci, dintr-un motiv sau altul are loc o *slabă dezvoltare a anumitor sisteme cerebrale:*

- un deficit de auz fonematic;
- un deficit în percepţia vizuală;
- un deficit în funcţia de generalizare şi abstractizare;
- un deficit emoţional.

Simptomatologie

La alalic se menţine un mutism prelungit până la 5-11 ani. Înţelegerea este destul de bunişoară, dar nu atinge nivelul unui subiect de aceeaşi vârstă care nu are tulburări de limbaj. Uneori alalia apare însoţită de debilitate mintală. În stabilirea acestui *diagnostic* pot apărea *erori* la copiii alalici deoarece nu se poate apela decât la unele teste neverbale. Una din metodele diagnozei dezvoltării mintale a alalicilor o constituie studierea amplă a evoluţiei psihicului pe parcursul terapiei logopedice: cel fără debilitate mintală se distanţează net faţă de cel cu debilitate mintală. La copilul alalic trebuie studiate nu numai sfera intelectuală,

ci şi particularităţile afectiv-volitionale sau ale personalităţii. Tulburările alalicilor vor fi raportate şi la tipul de alalie (I. Mititiuc, 1996).

Clasificarea alaliei se face după aspectele lezate ale limbajului (I. Mititiuc, 1996):

a) *Alalia motorie.* La alalicii motori, întârzierea dezvoltării vorbirii efectoare este condiţionată de dificultăţile analizatorului motor, dar pot coexista şi tulburări ale analizatorului vizual, determinând şi tulburări de organizare spaţio-temporală etc. La ei se constată din prima copilărie greutăţi în masticaţie, o anumită rigiditate în mişcările de închidere şi deschidere a gurii, în scoaterea limbii, greutăţi în suflarea într-un balon etc. Evoluţia limbajului este lentă, cu greutăţi mari în articularea sunetelor. Prin terapie logopedică se pot obţine progrese notabile.

b) *Alalia senzorială.* La alalicul senzorial handicapul este mai profund. Poate pronunţa unele cuvinte dar nu înţelege vorbirea prin cuvinte, deşi la mulţi acuitatea auditivă este bună. Tulburarea este localizată la nivelul integrării centrale (când se asociază şi un deficit auditiv, vorbirea este nulă). Maladiile sau traumatismele creierului determină imposibilitatea sau slaba diferenţiere acustic-verbală din aparatul acustic al vorbirii. Auzul fonematic este foarte tulburat, atenţia şi memoria, mai ales pentru vorbirea orală, sunt foarte slab dezvoltate. Evoluţia alalicului senzorial - ca şi la alte tulburări de limbaj - este dependentă de o serie de factori: gradul deficitului neurologic, vârsta la care începe terapia logopedică, interesul şi cooperarea în corectare etc. Unii ajung la adevărate performanţe (obţin chiar premii pentru literatură), iar alţii rămân la posibilităţi limitate de comunicare.

c) *Alalia mixtă* determină lipsa atât a vorbirii impresive cât şi expresive. Este cauzată de defecţiuni vaste ale creierului, extinse asupra zonelor verbale senzoriale şi motorii.

Diagnosticul diferenţial

Diagnosticul nu se reduce la "încadrarea" într-o anumită categorie. Este necesar să fie cunoscute anamneza subiectului, dezvoltarea sa, mediul familial şi extrafamilial etc. Aceasta implică utilizarea unor variate metode: observarea copilului în timp, analiza desenelor, discuţii.

În cazul alaliei este necesar să fie avute în vedere o serie de caracteristici

care o deosebesc de alte tulburări cu care uşor se poate confunda (I. Mititiuc, 1996):

a) Copilul *prepsihotic* nu este prezent, nu este activ, fără motiv devine agitat; cel alalic este prezent, interesat de anturaj. Deoarece la vârste mici distincţia nu e evidentă se recomandă observarea în timp şi stabilirea diagnosticului pe la 7 ani.

b) Spre deosebire de subiecţii de *debilitate mintală* unde se constată inerţie, dificultăţi mari în înţelegere, o evoluţie foarte lentă şi limitată în dezvoltarea mentală, necesitatea multor repetări pentru învăţare etc., *alalicul* înţelege şi îndeplineşte multe sarcini, indicate prin gesturi. Debilul mintal înţelege mai bine vorbirea (decât alalicul senzorial) şi imită mai bine cuvintele (decât alalicul motor).

c) Spre deosebire de *mutismul electiv* (o tulburare dobândită, temporară, produsă mai ales de unele traume psihice; aceşti copii posedă limbajul şi, dacă se schimbă mediul ori se înlătură cauza care a dus la instalarea mutismului, ei reîncep să vorbească), alalia este o tulburare congenitală care nu dispare decât prin terapie logopedică.

d) Spre deosebire de *surdo-muţi*, la copiii alalici există un gângurit modulat cu intonaţii de ţipăt.

e) Spre deosebire de vorbirea copiilor cu *întârziere în dezvoltarea limbajului* (la care vorbirea apare mai târziu, evoluează lent, dar în condiţii favorabile, ritmul poate fi accelerat şi se ajunge la un nivel corespunzător vârstei) la alalici dezvoltarea vorbirii se abate mult de la normal putând rămâne pentru totdeauna deficientă dacă nu se intervine la timp şi competent.

f) Spre deosebire de *afazie* (o tulburare dobândită, fiind vorba de dezintegrarea limbajului copilului care a posedat acest mijloc de comunicare) la alalici nu se constată descompunerea cuvintelor şi propoziţiilor reproduse.

g) La *disartrici* este vorba de o infirmitate motorie (există leziuni pe unul din marile sisteme motorii), iar la alalici de o neconcordanţă motorie. Alalicul nu ştie să vorbească, iar disartricul nu poate vorbi.

Personalitatea alalicului

Afectarea sistemului nervos central, imposibilitatea de a comunica normal cu cei din jur determină multe trăsături negative (I. Mititiuc, 1996):

agitație ori dimpotrivă inhibiție, susceptibilitate, încăpățânare, irascibilitate, instabilitate, lentoare în mișcări și gândire, lipsă de inițiativă, de inventivitate. Datorită pasivității, indiferenței față de orice, subiecții par mai înapoiați decât sunt în realitate.

Indicații terapeutice

Considerații generale

Psihoterapia logopedică urmărește elaborarea, organizarea și dezvoltarea limbajului și restructurarea pe această bază a întregii personalități. În elaborarea limbajului se acționează simultan asupra celor trei componente ale vorbirii: fonetică, vocabular, structură gramaticală. Psihoterapia logopedică este îndelungată și foarte complexă, ea urmărind - în mai mare măsură decât la celelalte tulburări - întreaga dezvoltare psihică. În stabilirea metodicii se va ține cont de vârsta, gradul deficitului neurologic, cooperarea și interesul copilului în corectare, aspecte ale dezvoltării și înțelegerii vorbirii etc. Eficiența acțiunii întreprinse depinde de toți acești factori și de priceperea logopedului. Învățarea scrierii la alalic se structurează pe vorbirea orală, scrisul contribuind, la rândul lui, la o mai bună memorare și înțelegere a vorbirii. Se acționează în paralel în aceste două direcții dar la început se pune accentul pe limbajul oral deoarece fără acesta nu se poate dezvolta limbajul scris. Terapia logopedică va debuta la 4 - 5 ani. Cei mai dificili sunt alalicii senzoriali. Este necesară gradarea activității variate care să trezească interesul:

a) *Formarea vorbirii și pregătirea pentru scriere la alalicii senzoriali*

Se vor urmări trei mari obiective (Hattev, 1959):

- educația senzorial-motorie;
- formarea vorbirii și dezvoltarea gândirii;
- instruirea.

Primul obiectiv presupune educarea percepțiilor acustice care țin de vorbire, educarea percepțiilor vizuale, educarea senzațiilor kinestezice, tactile, a motricității generale și verbale. Se poate începe cu identificarea surselor sonore de auz, a locului unde s-a produs sunetul, recunoașterea vocii celor din jur, recunoașterea și pronunțarea onomatopeelor etc. Dacă este necesar se vor utiliza și exerciții de dezvoltare a motricității verbale. Se vor pronunța sunete și silabe (I. Mititiuc, 1996).

Al doilea obiectiv se realizează prin învățarea unor cuvinte clare, scurte, ușoare, des utilizate în viața de toate zilele. Se va insista pe aspectul semantic

deoarece la alalicii senzoriali dificultatea principală este la nivelul înțelegerii. Se demonstrează acțiunea sau se indică obiectele și se denumește tare. Alalicul va repeta. După ce denumește este pus să indice obiectul respectiv. Apoi este pus să indice un obiect cunoscut după denumire sau să efectueze o acțiune. În continuare va denumi el singur obiectele indicate sau va executa o acțiune și o va denumi. Cuvintele se vor da doar în propoziții, la început foarte scurte, din 2 - 3 cuvinte. Se va insista mult pe analiza fonetică a cuvintelor și a propoziției, cu sinteza ulterioară pentru dezvoltarea auzului fonematic. Dacă în primele ședințe numărul cuvintelor învățate este foarte mic (2 - 3), treptat numărul lor va crește. De asemenea, se va mări și numărul cuvintelor dintr-o propoziție. Pornind de la un cuvânt, subiecții vor formula treptat propoziții tot mai lungi. Se va acorda atenție utilizării prepozițiilor, pronumelor nepersonale, folosirii pluralului, genitiv-dativului, timpurilor etc. Se va insista asupra preciziei și forței articulatorii, a pronunției corecte, se vor explica și comenta cuvintele, expresiile (I. Mititiuc, 1996). Apoi se va trece și la realizarea celui de-*al treilea obiectiv*. Paralel cu dezvoltarea vorbirii se începe și însușirea limbajului scris, numărat, se dezvoltă un cerc de reprezentări legate de obiectele din anturajul său etc. Se începe cu exerciții pentru realizarea coordonării percepțiilor oculo-motorii și auditive, pentru executarea grafică a literelor și pentru legarea sunetului de literă:

- studierea părților componente, asemănărilor, deosebirilor, legăturilor dintre litere;
- executarea unor elemente ale literelor;
- memorarea și reactualizarea lor în timpul scrierii;
- observarea distanțelor dintre semnele grafice;
- formarea reprezentărilor și noțiunilor de aproape, egal, început, sfârșit, înainte, înapoi etc.;
- asocierea literei cu sunetul respectiv;
- analiza și sinteza la nivelul silabei, cuvintelor, propoziției;
- dictări, copieri etc.

b) *Formarea vorbirii și pregătirea pentru scriere la alalicii motori*

Metoda de bază este vorbirea reflectată, prin imitație. Corectarea sunetelor pronunțate greșit ori impostarea sunetelor pe care nu le pronunță se realizează prin procedeele logopedice obișnuite, folosite și la celelalte tulburări de pronunție.

Se începe cu exerciţii pentru dezvoltarea auzului fonematic, a atenţiei şi memoriei auditive, precum şi cu cele de gimnastică fonoarticulatorie generală şi specifică sunetelor (I. Mititiuc, 1996). Însuşirea articulaţiei corecte a sunetelor se face pe baza imitaţiei. După ce articulează corect unele sunete subiecţii vor fi puşi să citească după mişcările feţei şi a buzelor logopedului. Când sunetele au fost fixate se fac exerciţii de diferenţiere a sunetelor opoziţionale în paronime şi în vorbire în general. Se va insista asupra aspectului semantic, pe îmbogăţirea vocabularului activ, pornindu-se de la necesităţile imediate, de familie, de jocuri şi jucării, povestiri care îi vor face copilului plăcere. Se va începe cu propoziţii simple, scurte iar treptat va creşte complexitatea lor. Se vor utiliza materiale variate, atrăgătoare (I. Mititiuc, 1996).

Totodată alalicii motori vor fi deprinşi să execute corect diferite elemente ale literelor, să le memoreze şi actualizeze în timpul scrierii, să observe distanţele dintre litere, să asimileze unele reprezentări şi noţiuni spaţiale etc. Sunetele se vor asocia întotdeauna cu literele respective.

Alalicul trebuie inclus într-o colectivitate de copii cu vorbire normală care va constitui un mediu stimulativ pentru el.

c) La *alalicii micşti* se utilizează măsuri şi metode combinate, punându-se accentul pe tulburarea mai pronunţată.

9.1.2. Afazia

Afazia constă în pierderea parţială sau totală a capacităţii de comunicare orală şi scrisă datorită unor accidente cerebrale. Totodată, sunt afectate în diferite grade funcţiile memoriei, atenţiei, gândirii etc. şi echilibrul personalităţii. Gradul deteriorării psihice este dependent de întinderea şi profunzimea zonei afectate, de rezistenţa persoanei la factori perturbatori, de nivelul intelectual etc. (E. Verza, 1997). Apare mai ales la adulţi şi bătrâni, fiind produsă de leziuni vasculare, ateroscleroza vaselor sanguine, hemoragii cerebrale, tulburări de nutriţie ale creierului, traumatisme craniene deschise sau închise.

Dintre *formele* mai cunoscute amintim (E. Verza):

a) *afazia motorie* (Broca) se datorează leziunii din a treia circumvoluţie frontală stângă. Pe lângă vorbire este afectată şi memoria mişcărilor necesare articulării cuvintelor, memoria cuvintelor şi inteligenţa.

b) *afazia senzorială* (Wernicke) se manifestă prin tulburarea laturii semantice a limbajului datorită leziunii din prima circumvoluţie

temporală. Kussemaul (1977) deosebeşte două forme de afazie senzorială: în prima predomină tulburările de înţelegere auditivă (surditate verbală) iar în a doua tulburările de înţelegere a scrisului (cecitate verbală).

c) *afazia expresivă* constă în tulburări ale expresiei orale şi grafice, ale vocii, debit verbal redus, stil telegrafic în vorbire, monotonie.

d) *afazia receptivă,* când predominante sunt tulburările de înţelegere a limbajului oral şi scris, afectarea decodării limbajului şi amnezia verbală.

e) *afazia amnestică* - constă în tulburări de evocare a cuvintelor, uitarea vocabularului şi prezenţa fenomenelor disartrice în pronunţare.

Munca de restabilire a vorbirii la afazici începe numai după ce fenomenele acute ale bolii (care au produs afazia) au încetat şi bolnavul este liniştit.

Primele exerciţii sunt scurte pentru a evita oboseala şi eventualele complicaţii ale creierului. Ele trebuie să se desfăşoare sub supravegherea medicului.

Psihoterapie

Deoarece forme pure de afazie nu se întâlnesc, metodele se combină. Indiferent de forma predominantă a afaziei sunt necesare exerciţii pentru dezvoltarea auzului fonematic, a analizei fonematice, munca cu vocabularul şi cu structura gramaticală, folosirea tuturor analizatorilor păstraţi în scop de compensare. Metodele şi procedeele trebuie să fie flexibile şi variate. Afazicul trebuie abordat individual, în funcţie de posibilităţi. Uneori vorbirea se restabileşte uşor prin exerciţii de conversaţie şi citire; deseori sunt necesare exerciţii detaliate de pronunţare ori de înţelegere, pornind de la sunete sau silabe. Se va acţiona asupra defectului principal al vorbirii (corectând articularea), asupra restabilirii psihicului (latura intelectuală, afectiv-voliţională etc.). Mulţi autori recomandă să se înceapă cu psihoterapia şi cu citirea, ale căror succese permit o reglare mai rapidă şi mai reuşită a articulaţiei (I. Mititiuc, 1996).

La *afazicii motori* toate mişcările articulatorii trebuie conştientizate, observând în faţa oglinzii forma şi consecvenţa fiecărei mişcări, realizând şi ei aceste mişcări, concomitent reflectat, iar în final, independent. Dacă nu pot se ajută de degete. Se porneşte de la mişcările rămase şi se formează treptat articulaţiile sunetelor, începând cu vocalele. Sunetul obţinut se consolidează şi

generalizează, se leagă cu litera. Se asociază apoi vocalele câte două (au, ua), se continuă cu consoanele pornind de la cele care necesită mişcări mai simple, care se văd sau se pot pipăi (p, b, m, n, f, v). Se trece la silabe şi cuvinte, insistându-se pe analiza lor fonetică, apoi la propoziţii, la început simple (subiect - predicat), introducându-se treptat complementele şi atributele prin discuţii pe bază de imagini, tablouri, acţiuni etc. Dacă e posibil să scrie se începe cu copierea, apoi cu dictarea cuvintelor învăţate şi citirea lor (I. Mititiuc, 1996).

La copilul *afazic senzorial* accentul se pune pe latura semantică a vorbirii, pe fixarea unui sens pentru fiecare cuvânt, permanent stabil, cu toată forma lui schimbătoare. Se va dezvolta auzul fonematic prin analiza kinestezică, tactilă, optică. Pentru a fixa particularităţile pronunţiei unui sunet se poate apela la mai multe procedee: pipăirea laringelui, cutiei toracice, simţirea jetului de aer pe mână; urmărirea articulaţiei sunetului în faţa oglinzii, simţirea cu mâna a rădăcinii limbii etc. Totodată se vor însuşi cuvinte prin denumirea unor obiecte, imagini etc.; găsirea sensului diferit pentru paronime, alcătuirea unor familii de cuvinte în propoziţii etc. Pentru dezvoltarea vorbirii generale se apelează la povestiri, compuneri, dialog etc. Se fac şi exerciţii de scriere, citire cu voce tare şi în gând etc.

9.2. Tulburări de achiziţie a limbajului

9.2.1. Tulburări fără alterare senzorială sau neurologică evidentă

a) *Întârzieri în dezvoltarea limbajului*

Apar înainte de 5 ani. La 2-3 ani aceşti copii nu vorbesc. Limbajul oral apare după 4 ani. La 3 ani se poate diagnostica tulburarea deoarece se dă un număr redus de cuvinte, pronunţate defectuos, nu se formulează propoziţii etc. Aceşti copii sunt în general distrofici, rahitici, debili fizic, prezintă tulburări de motricitate (mişcări fine ale degetelor, buzelor, limbii). Retardul limbajului (articulare, vocabular, construcţii de ansambluri verbale) se menţine şi la vârsta şcolară (I. Mititiuc, 1996).

b) *Retardul simplu*

Se stabileşte după 5 ani şi constă în dificultăţi de comunicare fonetică şi organizare verbală. *Terapia* va urmări articularea corectă a sunetelor (ca la dislalie); îmbogăţirea vocabularului pasiv şi activ; învăţarea şi formarea

deprinderii de a se exprima în propoziții tot mai complexe, apoi în fraze; îmbogățirea expresivității vorbirii; formarea motivației și creșterea dorinței de a se exprima prin cuvinte, de a verbaliza (apelând la procedeele descrise la alalie) - I. Mititiuc (1996).

Este o tulburare de tip afazic, o tulburare globală a limbajului, manifestată prin elaborarea tardivă și imperfectă a limbajului afectând atât exprimarea ideilor prin semne cât și înțelegerea lor. Diferențiem *disfazia semantică* (o deficiență a utilizării semnului) și *noematică* (se referă la semnificația cuvintelor). Intelectul este afectat, tulburări existând în special în aspectul figurativ al gândirii. Imposibilitatea folosirii corecte a simbolurilor determină dificultăți ale tuturor operațiilor intelectuale. Disfazicul are o dislalie polimorfă sau generalizată. El prezintă articulația și fonația defectuoasă ale copilului mic, omisiunea terminațiilor, mai ales la cuvintele polisilabice, a silabelor inițiale neaccentuate, memorarea greoaie a cuvintelor, propoziții simplificate etc. Deci, în disfazie are loc o dezintegrare a limbajului, nu un simplu blocaj al acestuia (I. Mititiuc, 1996).

Aceste tulburări se datorează mai multor categorii de *factori* (I. Mititiuc, 1996):

- cerebrali, organici (anoxie neonatală, traumatism postnatal, accident inflamator postnatal) greu de pus în evidență;
- constituționali, care au des caracter familial;
- afectiv-emoționali (supraprotecția maternă, comportamentul de respingere al copilului);
- de mediu (vocabular sărac, folosirea unor cuvinte universale, bilingvismul, gemelaritatea - care poate favoriza apariția unui limbaj autonom secret și un retard al limbajului normal recuperabil prin separarea gemenilor). Factorii de mediu pot fi recuperați.

Terapia disfazicului urmărește în general aceleași obiective ca și terapia alalicului senzorio-motor, apelând la aceleași metode și procedee dar individualizate și adaptate etapei și posibilităților subiectului logopat. Intervenind din timp se poate ajunge la o pronunție corectă, la formulări de propoziții și fraze corecte, legate într-un text, la o scriere corectă. Foarte mult timp, uneori toată viața, va persista totuși un vocabular mai redus, un stil telegrafic, o vorbire spontană mai săracă, dificultăți în înțelegerea sensurilor, în integrarea noilor informații etc.

9.2.2. Tulburări de limbaj în psihozele copilului

9.2.2.1. Autismul infantil precoce

Generalități

Autismul este definit de către E. Bleuler (autorul care a introdus acest termen) drept "detaşare de realitate însoțită de o predominare a vieții interioare". Închiderea aceasta în sine este apropiată, într-o anumită măsură, de introversiunea descrisă de C.G. Jung. Autistul se închide în angoasele şi imaginația sa, ceea ce determină atitudini neînțelese. Autismul se constată şi în schizofrenie printr-un caracter excesiv şi discordant, bolnavul trăind într-un izolaționism cvasitotal. Autismul este prezent şi la vârstele mici datorită incoerenței cunoaşterii lumii sinelui. L. Kanner (1943) descrie *sindromul comportamental de autism* (în afara unor forme de autism ca simptom în diferitele boli psihice) evidențiind următoarele *caracteristici:*

- dificultăți de limbaj (accentuând nedezvoltarea acestuia şi tulburările sale);
- discontinuități în dezvoltare (poate efectua unele sarcini mai grele dar nu poate efectua alte sarcini mai uşoare: spre exemplu poate efectua înmulțiri sau împărțiri dar nu numără corect);
- dificultăți perceptive (nu reacționează la unii stimuli puternici, cum ar fi zgomotul unei arme, dar poate deveni violent la alți stimuli slabi cum ar fi căderea unui obiect mic);
- dificultăți de relaționare (priveşte timp îndelungat un obiect strălucitor sau se poate ataşa nejustificat de altul);
- dificultăți ale mobilității (legănatul, emiterea unui sunet timp îndelungat etc.).

În plan comportamental se produc două fenomene:

- *automutilarea* sau autodistrugerea (autolovirea);
- *autostimularea* chinestezică (legănat), tactilă (lovirea unei părți a corpului cu palma), vizuală (mişcarea unui obiect în fața ochilor) şi auditivă (producerea unui zgomot cu limba).

M. Rutter (1977) descrie ca *trăsături esențiale pentru autism* următoarele:

- incapacitatea de relaționare socială;
- întârzieri în limbaj;
- incapacitatea folosirii pronumelui la persoana I;

- existența formelor rituale.

În autismul de tip Kanner retragerea în sine și izolarea se produc chiar din primii ani de viață, motiv pentru care aceşti copii au fost numiți "fără contact" (U. Șchiopu și colab., 1997). Termenul de autism provine din grecescul "autos" care înseamnă însuși sau Eul propriu. În autism comportamentul caracteristic se manifestă aproape imediat după naştere sau în primii 2-3 ani de viață.

Autismul infantil este una dintre afecțiunile cele mai grave ale micii copilării, care împiedică dezvoltarea personalității, prognosticul fiind deseori sumbru, cu toate măsurile psihoterapeutice realizate. *Principalele particularități ale autismului infantil* sunt:

- absența limbajului, care nu apare când trebuie și absența interesului de a înțelege anturajul, de a-l contacta;
- accentuarea treptată a izolării, persistența insensibilității la stimuli vizuali și auditivi;
- celelalte funcții par normale și autiştii au chiar o mai mare dexteritate în mișcări;
- atașamentul exagerat pentru obiecte și mai puțin sau chiar deloc pentru persoane.

Datorită acestor stereotipii, a comportamentului bizar, a relațiilor mai bune cu obiectele decât cu persoanele, autiştii pot fi depistați uşor. Ei nu pun întrebări specifice vârstei (De ce? Pentru ce?), nu se joacă împreună cu ceilalți copii, nu iau parte la ce se întâmplă în jurul lor. Evoluția lor ulterioară se produce în două feluri (I. Mititiuc, 1996):

- persistă un tablou neschimbat fără să apară limbajul, la aceasta contribuind și mediul nepotrivit;
- apare o diferențiere slabă, se animează slab, fără discernământ pe plan afectiv, inclusiv pe mamă. Limbajul poate să apară, să se organizeze repede și bine la aproximativ 50% din copii în jurul vârstei de 5 ani. În aceste cazuri evoluția limbajului este asemănătoare cu evoluția limbajului la copil (de la început), fără aspecte specifice, fiind dublată uneori și de o evoluție favorabilă pe plan emoțional.

Launey numeşte acest limbaj "limbaj embrionar" deoarece prezintă unele particularități: este des precedat de ecolalie, fiind o repetiție pasivă a limbajului altei persoane, fără participare emoțională, fără schimbarea privirii.

Diagnosticul autismului infantil

Unii autori au considerat, în mod incorect că *autismul* este o formă particulară a *schizofreniei.* Există numeroase caracteristici care le disting (I. Mititiuc, 1996). Astfel, spre deosebire de autist, la schizofreni se constată multe antecedente familiale. Autistul este sănătos fizic, iar schizofrenul este deseori bolnav. Autistul refuză orice fel de contact fizic sau social în timp ce schizofrenul stabileşte un contact evaziv. Gândirea autistului este inhibată (unii pot fi chiar inteligenţi), în timp ce a schizofrenului este confuză. Autiştii sunt des muţi sau ecolalici, iar schizofrenii au vorbirea egală, fără diferenţieri tonale. Autiştii au mişcări graţioase, sunt fascinaţi de obiecte mecanice, manipulează cu uşurinţă obiectele, iar schizofrenii au mişcări neîndemânatice, rău controlate, au dificultăţi în manevrarea obiectelor. În timp ce autiştii sunt dezinteresaţi şi detaşaţi, schizofrenii sunt confuzi şi anxioşi. Dezvoltarea autiştilor este oprită, iar a schizofrenilor a avut o perioadă de normalitate care a fost urmată de regres.

Apariţia autismului la vârste mai mari (între 5 - 6 ani sau 12 - 13 ani) este foarte rară. La aceşti subiecţi, apreciază I. Mititiuc (1996), tulburările se manifestă sub forma unor conduite regresive în raport cu atitudinile anterioare. Aceşti copii se izolează, întrerup relaţiile cu prietenii, refuză să meargă la şcoală, sunt agresivi, depresivi etc.

În ceea ce priveşte limbajul, poate apărea un *mutism secundar.* Refuză să vorbească la început în afara familiei, apoi şi în familie. Uneori comunică prin scris sau desen.

Psihoterapia autismului infantil

Datorită faptului că patologia autistului se găseşte *în sfera afectivă,* aici trebuie acţionat în primul rând. Este evident că sunt esenţiale relaţiile care se stabilesc între logoped sau părinte, profesor etc. şi autist. Deci factori hotărâtori în reuşita psihoterapiei autismului infantil sunt personalitatea acestora, capacitatea lor de a se adapta oricărei situaţii. Trebuie urmărită dezvoltarea normală a vieţii afective, apropierea de alte persoane. Este necesar să fie cunoscută cât mai bine familia datorită influenţei pe care o exercită asupra comportamentului autistului, atitudinea acesteia (I. Mititiuc, 1996).

Psihoterapia este strict individualizată şi orientată asupra laturilor deficitare ale personalităţii autistului. Nu se poate stabili un program terapeutic strict, general valabil, ci doar unul orientativ, sub forma unor *recomandări*

deoarece fiecare copil autist este un unicat cu propriile sale particularități și necesități.

Se va începe cu *examinarea autistului.* În această etapă se întâmpină mari dificultăți deoarece se apelează mai ales la metoda observației, neputând fi aplicate teste psihologice. De aceea este nevoie de timp.

În *elaborarea programului inițial* se va ține seama de mai mulți factori:

- vârsta autistului;
- forma de autism;
- gradul de autizare al comportamentului;
- existența sau neexistența afecțiunilor asociative;
- nivelul intelectual;
- inteligența;
- aptitudini;
- potențial recuperator etc.

Acest program poate fi modificat pe parcurs în funcție de reacții, de evoluție, posibilități, de învățare etc.

Principalele *obiective* ale psihoterapiei (I. Mititiuc, 1996):

1) *Învățarea comportamentului și socializarea,* deoarece persoanele autiste nu se pot integra și nu pot învăța, prezentând multe comportamente negative și puține comportamente adecvate. În aceste condiții este absolut necesară activitatea de învățare a unor comportamente sociale normale, întărirea celor existente (atâtea câte sunt), dezaprobarea și eliminarea celor negative. Recomandăm să se apeleze pe cât posibil la formele aprobării și doar dacă acestea se dovedesc ineficiente să se treacă și la cele ale dezaprobării.
2) *Educarea și dezvoltarea priceperilor și deprinderilor de autoservire și de viață independentă:* de îmbrăcat, dezbrăcat, hrănit, unele activități gospodărești, preprofesionale și chiar profesionale (la vârstele potrivite).
3) *Educarea și dezvoltarea priceperilor și deprinderilor de comunicare.* La început este necesar să fie creată intenția de a comunica. Apoi subiectul va fi învățat să comunice, pornindu-se de la unele forme elementare de comunicare, ajungându-se treptat la elaborarea și dezvoltarea unui sistem lingvistic complex. Metodele de bază la care se va apela pentru comunicare vor fi *imitarea* (non-verbală,

verbală, prin semne pentru comunicarea manuală) şi observarea, analiza şi identificarea simbolurilor pentru comunicarea prin scris. Se va începe cu unele cuvinte (substantive, verbe, adjective, prepoziţii etc.) iar în final vor fi elaborate propoziţii. În vederea evaluării şi educării capacităţii de receptare corectă i se va cere să execute unele comenzi (în faza iniţială acestea vor fi mai simple, apoi se vor complica treptat. Întreaga activitate de psihoterapie a abilităţilor de comunicare va fi individualizată în funcţie de particularităţile psihologice ale autistului, de modul lui de comunicare etc.).

4) *Formarea şi dezvoltarea abilităţilor de cunoaştere.* Planul activităţii psihoterapeutice va fi elaborat în funcţie de mai mulţi factori: gradul diminuării capacităţii de cunoaştere, nivelul intelectual etc. Se va începe cu unele informaţii şi operaţii preteoretice (relaţiile spaţio-temporale, analiza, sinteza, comparaţia, clasificarea, succesiunea, ierarhizarea, dezvoltarea memoriei vizuale şi auditive, a spiritului de observaţie etc.) şi se va continua cu informaţiile teoretice şi operaţiile de procesare a lor (conceptul de număr, operaţii cu numere, citirea, conservarea cantităţii, greutăţii, volumului etc.).

Recuperarea copiilor care suferă de autism se va realiza prin îmbinarea mai multor *tipuri de terapii* (C. Stănică, 1994):

- meloterapia;
- artterapia;
- terapia ocupaţională;
- ludoterapia;
- psihoterapia de grup;
- psihoterapia familială etc.

a) *Meloterapia* poate fi folosită pentru:

- reducerea stării de agitaţie în timpul exerciţiilor logopedice, apelându-se la un fond muzical liniştitor;
- reducerea stării de agitaţie din timpul zilei;
- exersarea unor foneme, silabe, cuvinte, propoziţii, poezii etc.;
- exersarea activităţilor de gimnastică;
- stimularea unei convorbiri între logoped şi logopat etc.

b) *Artterapia* (singură sau îmbinată cu meloterapia, ludoterapia etc.)

poate contribui la stimularea dorinței autistului de a comunica (despre frumosul pe care-l descoperă), de a crea frumosul, de a observa persoanele care creează obiecte frumoase, de a se juca împreună cu ele etc.

c) *Terapia ocupațională.* Psihoterapeutul va observa cu atenție preocupările autistului, va studia interesele și capacitățile sale solicitându-l astfel continuu într-un anumit tip de activitate.

d) *Ludoterapia* (singură sau îmbinată cu celelalte forme de terapie) permite antrenarea copilului autist în jocuri colective, în activitatea de dramatizare a unor povești, a unor scenete, anecdote etc. (vezi L. și P. Anucuța, 1997).

e) *Psihoterapia de grup* (singură sau în unitate cu celelalte forme de terapie, mai ales cu ludoterapia). Grupul format din copii care au aproximativ aceeași vârstă oferă condiții optime pentru realizarea activității, stimularea comunicării, formarea relațiilor socio-afective etc. De la ignorarea prezenței copiilor de către autist în faza inițială se trece treptat la orientarea atenției spre aceștia prin sonoritatea numelor lor, prin cântecele, jocurile, întrecerile, concursurile, dramatizările etc. ce se organizează.

f) *Psihoterapia familială* vine în completarea celorlalte forme de terapie. Este necesar ca familia să ofere condiții care să favorizeze o evoluție spre normal manifestând:

- toleranță, înțelegere și multă afecțiune față de copil;
- fermitate și încredere în sine, calm și hotărâre în formarea comportamentului, a conduitei copilului;
- reducerea cenzurii și evitarea condițiilor rigidizante;
- îmbinarea optimă a situațiilor acționale (ocupaționale) - care trebuie să predomine - cu interdicțiile;
- constanța atitudinii față de copil, evitarea exaltării sau desconsiderării rezultatelor.

Cu un copil autist psihoterapeutul va desfășura cel puțin 2-3 ședințe pe săptămână, durata acestora fiind cuprinsă între 30 și 60 minute.

Cerințe ce trebuie respectate pentru reușita psihoterapiei (I. Mititiuc, 1996):

- exersarea în mod continuu a fiecărei abilități pentru consolidarea ei într-o multitudine de situații, pentru "transformarea" ei în deprindere

şi integrarea ei în variate priceperi (continuitatea abilităţilor);

- realizarea unei succesiuni logice (de la uşor la greu, de la simplu la complex etc.) în orice tip de învăţare;
- realizarea unor integrări şi reintegrări pe orizontală şi pe verticală prin recombinarea comportamentelor asimilate anterior;
- abordarea cu mult tact psihopedagogic a copiilor autişti, căci orice neîndemânare psihoterapeutică poate avea consecinţe negative (agravarea unor comportamente tipice autiştilor: furii, stereotipii etc.; neîncrederea în psihoterapeut, lipsa dorinţei de a continua activitatea psihoterapeutică etc.);
- evitarea unor momente nepotrivite (accesele de furie, spre exemplu);
- studierea şi cunoaşterea preocupărilor, preferinţelor, intereselor etc. autistului şi utilizarea metodelor şi procedeelor optime pentru atragerea acestuia pentru a veni cu plăcere la cabinetul logopedic;
- lăsarea unui timp suficient pentru acomodarea cu ambianţa cabinetului logopedic, neforţarea comunicării;
- evitarea întrebărilor directe;
- elaborarea unor întrebări simple, clare, repetitive, accesibile înţelegerii autistului;
- controlarea intonaţiei şi gesturilor, adecvarea lor situaţiei concrete.

Cu toate acestea se întâmpină mari dificultăţi în munca psihoterapeutică desfăşurată cu copiii autişti. Aceasta cu atât mai mult cu cât, după cum arată I. Mititiuc (1996), uneori ei repetă doar alocuţiunile de interdicţie ale adultului. Se poate întâmpla ca ecolalia să fie întârziată. Alteori se constată unele fixaţii pe plan motor ale gurii (suflatul, muşcatul, ţipete etc.). Ei nu au un limbaj veritabil.

La unii un limbaj veritabil se manifestă în cazul unui eveniment afectiv intens (frustrare, o mare bucurie, angoasă etc.). Apar cuvinte scurte mono- sau bisilabice care pot fi folosite în munca psihoterapeutică. Există şi copii autişti la care limbajul apare doar pe la vârsta de 4-5 ani, dar este anarhic: articulează corect fraze întregi dar nu pot repeta unele foneme. Pot reţine versurile unei poezii sau ale unui cântec chiar dacă alt limbaj nu există. Uneori inventează un nou limbaj, o limbă nouă, cu o gramatică şi sintaxă proprii. Pot reţine denumiri, chiar lungi dar verbalismul este solitar cu sine, pentru sine. În cazul lor limbajul nu îndeplineşte şi o funcţie de comunicare cu ceilalţi (nu răspunde când este strigat sau întrebat ceva). Pot să apară uneori şi regresiuni ale limbajului: dispar

treptat cuvinte până se ajunge la un *mutism secundar*. Vocea lor este automată şi aritmică (I. Mititiuc, 1996).

Statisticile arată că autismul de tip Kanner este destul de rar, cu o medie de 1/10000, mai frecvent de circa 4 ori la băieţi decât la fete. În cadrul lui sunt prezente şi o serie de manifestări secundare specifice anumitor boli psihice. Procesul psihoterapeutic, educaţional recuperator este dificil, îndelungat iar, în stadiul actual al ştiinţei, înlăturarea particularităţilor autiste nu este totală (U. Şchiopu şi colab., 1997).

Debutul acestei tulburări este precoce. Părinţii - mai ales mama - observă uneori încă din primele zile de viaţă comportamente nefireşti. Izolarea constituie particularitatea caracteristică a conduitei autiştilor chiar din primul an. De asemenea sunt foarte calmi, sunt total indiferenţi faţă de persoanele din jurul lor, se manifestă puţin. După cum apreciază I. Mititiuc (1996), la ei nu se constată nici cea mai mică tendinţă de anticipare: nu-şi întind braţele, nu întorc capul către persoana care intră sau iese din cameră, nu doresc să fie luaţi în braţe, nu simt plăcerea apropierii mamei (sau a altor persoane), nu surâd la 3 luni, nu manifestă reacţie de teamă la 8 luni etc. La vârsta de 2-3 ani autismul este evident: nu stabilesc nici un contact cu anturajul şi nici cu părinţii sau alte persoane; privirea este absentă; ignoră tot ce-i înconjoară (zgomote, mişcări etc.); nu urmăresc sau urmăresc pe ascuns; preferă, sunt mulţumiţi să se joace singuri.

Unele dintre manifestările autiste există la un număr mare de copii (spre exemplu la cei timizi, la cei care n-au încredere în forţele proprii, la cei care din diferite motive au fost mult timp izolaţi de copii de aceeaşi vârstă etc.) dar la cei autişti tabloul de mai sus este complet.

9.2.2.2. Stările parapsihotice

Stările parapsihotice constituie aşa-zisele dizarmonii de evoluţie. Ele se caracterizează, arată I. Mititiuc (1996), prin tulburări generale serioase de tipul retardului şi de deficite izolate în ceea ce priveşte limbajul şi psihomotricitatea. *Angoasa masivă*, care perturbă relaţiile normale cu mediul constituie caracteristica dominantă a persoanelor care prezintă stări psihotice. Aceste persoane, spre deosebire de autişti, posedă limbajul, îl folosesc. Dar vocabularul lor activ şi pasiv este sărac, variază în funcţie de persoana cu care discută. În timpul conversaţiilor apar deseori perioade de tăcere, de mutism. În cazul subiecţilor ce prezintă stări parapsihotice sunt necesare şedinţele de *psihoterapie*. Trebuie pornit de la o cât mai bună cunoaştere a particularităţilor

personalității lor, a nivelului dezvoltării psihice, a comportamentului, a mediului familial etc. Pe baza acestor informații este necesar să se stabilească un program psihoterapeutic adecvat, individualizat fiecărui subiect. Se va urmări cu preponderență îmbogățirea volumului vocabularului lor activ și pasiv, reducerea treptată a duratei perioadelor de mutism (atunci când sunt în grup). Succesul psihoterapiei este influențat și de modul în care logopedul poate stabili unele relații afectuoase cu logopatul.

9.2.2.3. Psihozele cu deficit intelectual - arierarea (arierația) mintală

Psihozele constituie o boală psihică ce se manifestă prin tulburări grave ale afectivității, gândirii sau comportamentului, de care bolnavul nu este conștient și care necesită izolarea acestuia de mediul social normal. În sens mai restrâns, termenul se atribuie bolilor mintale ce tulbură în mod grav existența psihică a persoanei în raporturile sale cu ea însăși și cu lumea exterioară și se manifestă prin diminuarea conștiinței față de sine, de ceilalți și de lumea externă reală. În psihoze se manifestă și tulburări de afectivitate, de personalitate care duc la o tulburare importantă a comportamentului (U. Șchiopu și colab., 1997).

Arierarea (arierația) mintală constituie o formă clinică a insuficienței mintale grave numită mai ales *imbecilitate.* Arierația gravă poate fi un factor de monolimbaj. Se caracterizează prin absența comunicării cu lumea externă, datorată slăbirii posibilităților intelectuale necesare relațiilor sociale. Aceste persoane prezintă o înfățișare deseori agreabilă, fără semne dismorfice. Cu toate acestea ei apar bizari, străini, îndepărtați, în aparență indiferenți. Arierarea apare ca o stare de deficit intelectual, cu angoasă puternică însoțită de incoerență, de stereotipii gestuale și de o mare sărăcie a volumului vocabularului activ și pasiv. Copiii aceștia se retrag, de obicei, din lumea exterioară, ca urmare a supraprotecției sau dimpotrivă. Ei nu răspund direct la întrebări. Limbajul este stabil, dar nu este folosit ca instrument de schimb și nu aderă la circumstanțe. Deseori este constituit din fraze stereotipe. Când vorbește despre sine, arieratul folosește deseori persoana a III-a (U. Șchiopu și colab., 1997).

Și pe celelalte planuri (intelectual, afectiv, volativ etc.) se constată performanțe reduse (U. Șchiopu și colab., 1997). Astfel, pe plan intelectual obține performanțe aberante, iar pe plan comportamental și mai ales în planul eficienței practice, se află într-o stare de dependență marcată. Motricitatea este deseori remarcabilă, dar inadaptată și se exercită în activități stereotipe, chiar

dacă se manifestă uneori o bună dexteritate. Afectivitatea este relativ redusă, conduitele des indiferente, uneori nu par să recunoască anturajul. Totuşi, par să aibă o sensibilitate puternică la unele frustrări afective (separarea de mamă, spre exemplu) care se manifestă prin reacţii de agitaţie, agresive sau autopunitive. Ei duc o viaţă rutinieră, fără să participe la evenimentele colective. Uneori devin periculoşi prin reacţiile agresive ori prin actele inconştiente comise.

În aceste condiţii *corectarea, dezvoltarea limbajului* trebuie să fie însoţite în mod obligatoriu de psiohoterapie, de apropiere afectivă. Educabilitatea lor este redusă, limitată la achiziţia de automatisme.

9.2.2.4. Psihozele apărute în copilăria mare

Aceste tulburări se manifestă după perioada de achiziţie a limbajului (după vârsta de 6 ani). La aceşti subiecţi pot alterna perioadele de folosire corectă a limbajului cu cele în care apar tulburări variate (ecolalii, stereotipii, numeroase repetaţii, neologisme etc.) cu perioade de mutism. În caz că deficitul este mai mic se constată o vorbire infantilă, tulburări de articulaţie, expresii agramate şi chiar perioade de absenţă a limbajului. Prin acţiuni psihoterapeutice se constată progrese apreciabile (I. Mititiuc,1996).

9.2.2.5. Tulburări de limbaj în epilepsie

Deşi este una dintre cele mai frecvente afecţiuni neurologice, deşi este cunoscută şi studiată încă din antichitate (de pe timpul lui Hippocrate), nu există încă o definiţie precisă a acestei boli. Cele două *trăsături definitorii ale epilepsiei* sunt (T. Şerbănescu, 1978):

- caracterul paroxistic al tulburărilor neuropsihice (criza epileptică);
- tendinţa de repetare a acestor tulburări.

Tulburările de limbaj apar în epilepsiile cronice. La aceşti bolnavi s-a constatat o lentoare a ideaţiei, tulburări de personalitate etc. care se manifestă şi la nivelul limbajului. Cu cât formele epileptoide sunt mai grave cu atât tulburările de limbaj sunt mai severe. Există şi crize epileptice care debutează printr-un defect de exprimare verbală: repetarea continuă a unei fraze, a unui cuvânt sau a unei vocale. Momentele de suspendare a conştiinţei determină oprirea activităţilor în curs şi se manifestă în special la nivelul limbajului scris, mai ales la dictări. Epilepsia cu expresie afazică apare doar la persoanele adulte. Ea are un caracter trecător. În ceea ce priveşte limbajul se constată oprirea vorbirii

(afazie). Mai rar se manifestă doar ca tulburări de recepție, neînțelegerea limbajului vorbit (I. Mititiuc, 1996).

9.2.2.6. Limbajul idiotului

Idioția constituie un termen în curs de părăsire în limbajul științific, dar este utilizat frecvent în limbajul cotidian. Se referă la gradul cel mai avansat de oligofrenie în care toate funcțiile psihice (chiar și cele mai elementare) sunt involuate, ceea ce reduce foarte mult posibilitatea de instruire și educare a idioților (Q.I. = 20 - 30). Exprimă gradul maxim de deficit congenital al dezvoltării mintale, caracterizat prin incapacitate de instruire elementară, a asimilării scrisului, cititului și chiar a vorbirii, prin neputința persoanei de a se hrăni și deplasa singură, în general, prin imposibilitatea supraviețuirii prin mijloacele proprii (U. Șchiopu și colab., 1997). Unii idioți nu emit sunete, alții emit doar sunete elementare, urlă, mormăie, bombăne, strigă, produc sunete din buze, plescăie, emit strigăte confuze, sunete animalice etc. Ei pot fi numai dresați ca să răspundă la chemări foarte elementare. Într-un stadiu imediat superior, rostesc primele cuvinte (în general scurte și ușoare: da, nu, tata, mama, apa, papa etc.) și înțeleg câteva cuvinte. La unii vocabularul cuprinde doar un singur cuvânt (monofazic). La alții se observă ecolalie sau un fel de bâiguială a unor cuvinte. La persoanele care suferă de idioție medie se constată un oarecare vocabular, dar pronunțarea este foarte defectuoasă. Majoritatea utilizează un singur nume pentru diferite obiecte aparținând aceluiași domeniu. Limbajul idiotului de nivel superior sau al imbecilului profund este asemănător într-o anumită măsură cu limbajul copilului mic în ceea ce privește fonația, articulația, flexiunile și sintaxa. La ei limbajul rămâne însă la cel mai de jos nivel al evoluției (I. Mititiuc, 1996).

9.2.2.7. Mutismul

Mutismul se află la granița dintre neuropsihiatrie și logopedie. El constă în dispariția limbajului existent, în afara unei agresiuni cerebrale. Este vorba de instalarea unei inhibiții totale, în anumite condiții, a capacității de exprimare verbală (deși copilul posedă limbajul), datorită unei blocări emoționale grave. Mutismul apare mai frecvent la copii, la adult este vorba de o psihoză generalizată. Rareori apare în cadrul unei nevroze la adult. Poate să apară în cazurile de isterie gravă care fac trecerea spre psihoze. La copil sunt de cele mai multe ori voluntare. Apar mai frecvent la copiii psihotici, la cei emotivi, labili,

nevrotici. Este declanşat de situaţii neplăcute şi traumatizante, intrând în sfera reflexului de orientare (I. Mititiuc, 1996).

Mutismul se manifestă sub două *forme* (E. Lăscuş, 1996): parţial sau total.

Mutismul parţial sau nevrotic apare atunci când individul devine mut în faţa unor persoane ca urmare a unei dereglări nevrotice. Se tratează prin psihoterapie, dar există şi cazuri când vindecarea se produce spontan, fără nici o intervenţie.

Mutismul total sau psihotic este foarte rar întâlnit şi face parte din tabloul unei psihoze (vezi 9.2.2.3. şi 9.2.2.4.). De aceea, în aceste cazuri tratamentul este organizat de către medicul neuropsihiatru (care, desigur, în anumite faze ale bolii colaborează cu logopedul şi psihologul). *Cauzele* acestei tulburări constau în existenţa unor factori stresanţi foarte puternici care determină o inhibiţie a zonelor care iau parte la elaborarea vorbirii de la nivelul sistemului nervos central. Această tulburare se mai numeşte şi audiomutitate deoarece uneori copiii respectivi îşi pierd parţial sau total auzul pentru o anumită perioadă de timp.

Această formă de mutism apare de obicei între 3 şi 6 ani şi se aseamănă cu autismul. Diferenţa dintre cele două tulburări constă în faptul că limbajul apărut dispare o dată cu celelalte achiziţii. După 6 ani apare foarte rar şi este precedat de tulburări particulare de limbaj, făcând de obicei trecerea spre schizofrenia adolescentului sau adultului. Sindromul, în cele mai multe cazuri, este psihogen, dar în aproape toate cazurile se constată şi un fond organic (diminuarea rezistenţei fizice sau neuropsihice a organismului, microsechele etc.). Copiii aceştia prezintă un fond ereditar predispozant sau favorizant ori microsechele encefalopatice (emisfera stângă). Pe acest fond, în urma unor conflicte psihoafective dese (incidente de familie, greşeli educative, folosirea unor metode empirice pentru dezinhibarea vorbirii etc.) mutismul s-a fixat. Menţinerea muteniei o lungă perioadă de timp influenţează negativ evoluţia vocabularului, exprimarea logico-gramaticală, achiziţiile şcolare şi sociale etc. Deci, mutismul prezintă un determinism complex, impunându-se şi un ataşament complex: psihoterapeutic, logopedic, pedagogic, medical etc. (I. Mititiuc, 1996).

Diagnosticul diferenţial al mutismului se stabileşte faţă de (C. Stănică, 1994):

- surditate (unde deficienţele de auz produc absenţa limbajului);
- alalie (unde tulburarea este congenitală, prezintă un caracter

permanent, iar comportamentul verbal nu se modifică în raport cu ambianța);

- autismul (unde întregul comportament este inadecvat și lipsesc raporturile afective).

Obiectivele psihoterapeutice principale sunt (C. Stănică, 1994):

- diminuarea și anularea conflictelor și a stărilor de încordare nervoasă;
- crearea unui climat deconectant, relaxant;
- crearea condițiilor stimulative pentru vorbire;
- formarea încrederii în forțele proprii;
- întărirea rezistenței fizice și psihice.

Principii generale ale activității psihoterapeutice (C. Stănică, 1994):

- scoaterea copilului din mediul traumatizant (școală, grădiniță etc.);
- realizarea unui contact psihic profund cu copilul;
- obținerea încrederii depline a membrilor familiei și explicarea esenței mutismului, a condițiilor de ameliorare și agravare;
- desfășurarea activității în condiții relaxante;
- evitarea discuțiilor cu privire la vorbirea copilului de față cu el;
- evitarea oricăror discuții despre performanțele verbale ale altor copii (față de el);
- schimbarea direcției atenției de la vorbire spre alte activități (mai ales în care obține rezultate bune);
- realizarea unui cadru stimulativ pentru dezvoltarea psihică a copilului (jocuri, desene, construcții, jucării etc.);
- adaptarea activităților psihoterapeutice la posibilitățile copilului și la ritmul evoluției sale;
- adaptarea copilului la toate mediile de vorbire.

Desfășurarea propriu-zisă a activității psihoterapeutice

a) *Activități desfășurate în cabinetul logopedic*

La început logopedul va organiza numai activități neverbale: desene, construcții, sortări etc. Se va apela la activitățile pentru care logopatul are interese și aptitudini, creându-se condiții pentru realizarea unor succese, evitându-se astfel orice eșec. Astfel se restabilește încrederea în forțele proprii. Cu tact și cu măsură, logopedul va evidenția reușitele. Logopedul va arăta afecțiune și înțelegere față de logopat, simulând ignorarea totală a problemelor sale de vorbire. Când copilul este atent la altă activitate, logopedul îi adresează la ureche o

întrebare şoptită, la care copilul răspunde aproape fără să-şi dea seama că vorbeşte. Ieşirea din mutism se poate produce în cursul jocului "Telefonul fără fir", într-o altă activitate de numărat (dacă copilul numără mai bine decât ceilalţi copii), de cântat (dacă cunoaşte bine cântecul) etc. Este necesar ca prima manifestare verbală să nu fie apreciată, logopedul continuând în mod obişnuit activitatea. Apoi va imagina noi activităţi stimulative pentru logopat, antrenându-l treptat spre activităţi de vorbire. Este necesar mult tact psihopedagogic pentru a dirija reuşita logopatului: astfel se vor evita recidivele care pot agrava mutismul (C. Stănică, 1994).

b) *Readaptarea logopatului la grupul de copii*

Este bine ca logopatul care suferă de mutism să fie introdus la început într-un grup alcătuit din copii care prezintă dificultăţi mai grave şi evidente de vorbire. În grup se vor desfăşura activităţi neverbale, dar în care copilul se poate manifesta în mod spontan prin limbaj. După ce a fost înfrântă rezistenţa copilului la psihoterapie, i se pot da unele sarcini cum ar fi conducerea unor jocuri, comanda exerciţiilor de gimnastică, dirijarea unor cântece, dramatizări în care va primi roluri potrivite cu posibilităţile sale de vorbire etc. (C. Stănică, 1994). Astfel, treptat, din succes în succes va creşte încrederea lui în forţele proprii; se vor reduce treptat perioadele lui de mutism.

c) *Implicarea familiei în activitatea de psihoterapie*

În rezolvarea problemei mutismului familia constituie un element esenţial. Logopedul va explica în mod convingător care este esenţa mutismului, cum se manifestă el, care sunt condiţiile de eliminare sau de agravare etc. Este necesar ca familia să fie antrenată pentru (C. Stănică, 1994):

- călirea organismului logopatului prin desfăşurarea unor activităţi în aer liber;
- restabilirea echilibrului şi încrederii logopatului în forţele proprii, prin eliminarea oricăror observaţii critice, descurajante, prin utilizarea unora dintre formele aprobării;
- eliminarea oricăror discuţii referitoare la vorbirea logopatului;
- înlăturarea preocupărilor excesive legate de starea copilului, de situaţia lui;
- instituirea unui climat stimulativ, de încredere, linişte, armonie, cooperare etc.

Deci, activitatea psihoterapeutică trebuie să îşi propună dezinhibarea corticală. Realizarea acestui obiectiv presupune în primul rând eliminarea

factorilor care l-au determinat şi faţă de care s-a fixat reacţia nevrotică. Dacă este cazul, se va schimba şcoala, vor fi înlăturate din preajma copilului logopat persoanele care au determinat această reacţie. Aceste măsuri sunt necesare pentru a putea modifica atitudinea afectivă şi mentală faţă de membrii familiei, grădiniţă, şcoală etc. Se va urmări şi realizarea echilibrării neurofiziologice prin tratament medicamentos. După cum am arătat şi mai sus, acestor copii li se va acorda ajutor pedagogic masiv pentru a înlătura un eventual handicap şi insucces şcolar (I. Mititiuc, 1996).

Prognosticul mutismului este, în general, favorabil. Exemplul cel mai cunoscut, mai semnificativ de mutism, îl reprezintă persoana marelui filosof şi poet Lucian Blaga care în "Hronicul şi cântecul vârstelor" prezintă "povestea plină de penumbre a cuvântului" său. După cum este cunoscut, Lucian Blaga a început să vorbească abia după 4 ani pentru ca ulterior să ajungă să mânuiască cuvintele cu o măiestrie neasemuită, inegalabilă.

9.2.2.8. Întârzierea în apariţia şi dezvoltarea limbajului

În mod obişnuit, se vorbeşte despre o întârziere în dezvoltarea limbajului atunci când copilul alcătuieşte primele propoziţii doar după vârsta de 3 ani (E. Lăscuş, 1996).

În ceea ce priveşte apariţia şi dezvoltarea limbajului, în literatura franceză a fost descrisă o întârziere simplă şi una gravă.

Întârzierea simplă are deseori un caracter familial, manifestându-se mai ales la băieţi, când copilul realizează spontan progrese rapide şi nu rămâne ulterior cu nici o tulburare sau deficienţă de limbaj. Unii cercetători introduc în această categorie şi nonachiziţia vorbirii până la vârsta de 5 - 6 ani. Întârzierea simplă a vorbirii se caracterizează prin alterări fonetice: inversiuni, contaminări şi simplificări (E. Lăscuş, 1996):

- grupele consonantice pot fi reduse la una din consoanele constituite;
- fonemele mai grele pot fi înlocuite cu altele mai uşoare;
- cuvintele de legătură şi cuvintele abstracte lipsesc.

Întârzierea gravă se manifestă atât asupra vorbirii cât şi a citit-scrisului. Ea nu este neapărat o consecinţă a unor leziuni organice, ci are mai degrabă un caracter funcţional. Se manifestă mai ales la copiii care sunt lăsaţi singuri mult timp sau care provin dintr-un mediu subcultural unde există o "penurie" de stimuli verbali. Efecte similare pot să apară şi în cazul suprasolicitării excesive, prin

stimuli foarte numeroşi şi disproporţionaţi faţă de vârsta copilului: acestea pot cauza întârzieri în dezvoltarea limbajului printr-o inhibiţie de protecţie (E. Lăscuş, 1996). În cadrul întârzierilor grave intră şi *disfazia*, când vocabularul este foarte sărac, copilul nu utilizează frecvent cuvinte de legătură şi flexiunile verbale, manifestă o sărăcie sintactică, o insuficientă organizare şi realizare a limbajului. Gândirea copilului, dezvoltarea lui intelectuală sunt afectate de dificultăţile de limbaj. O cauză a întârzierilor de vorbire o constituie tulburările din sfera afectivă. Hiperexcitabilitatea, apatia şi indiferenţa pot determina apariţia unui deficit de atenţie care afectează, totodată, receptarea stimulilor verbali şi expresia formulărilor verbale.

Deci, întârzierea simplă în apariţia şi dezvoltarea limbajului se explică printr-un ritm încetinit în procesul de maturizare neuro şi psihofiziologică. O cauză a încetinirii dezvoltării limbajului o constituie şi acţiunile somatice grave sau prelungite. În acest caz patologia cerebrală se exclude. Tulburările de limbaj şi vorbire apar totdeauna pe fondul unei întârzieri în dezvoltarea vorbirii, care nu este altceva decât faza lor primordială.

Deci, întârzierea în apariţia şi dezvoltarea vorbirii este determinată de incapacitatea funcţională care afectează limbajul (E. Lăscuş, 1996).

BIBLIOGRAFIE

Ajuriaguerra, J. (ş.a.), *Scrisul copilului,* E.D.P., Bucureşti, volumul I şi II, 1980.

Anucuţa, L. şi P., *Educarea orientării spaţiale la elevii cu dublă deficienţă (ambliopi şi deficienţi mintal) care întâmpină dificultăţi de citit-scris,* în: E. Verza (coord.), "Probleme de defectologie", Universitatea Bucureşti, 1988.

Anucuţa, P., *Implicaţiile metodico-didactice şi corectiv-compensatorii ale organizării spaţiale la elevii ambliopi cu tulburări de citit-scris,* Universitatea Bucureşti, 1986 (lucrare pentru gradul I).

Anucuţa, L. şi P., *Jocuri de creativitate,* E. Excelsior, Timişoara, 1997.

Anucuţa, P., *Particularităţi ale cunoaşterii figurative şi operative la elevii ambliopi,* Universitatea Cluj-Napoca, 1997 (teză de doctorat).

Bârzea, C., *Metode de examinare a lateralităţii şi importanţa lor logopedică,* în: „Caiet de pedagogie medicală, Tulburările de limbaj şi integrarea şcolară", Centrul de Multiplicare al Universităţii din Bucureşti, 1969.

Boldan, M., *Ghid de pronunţie corectă la copii,* E. Lekton, Zalău, 1997.

Boltanski, E., *Dyslaxie et dislatelalité,* Paris, P.U.F., 1982.

Boşcaiu, E., *Prevenirea şi corectarea tulburărilor de vorbire în grădiniţa de copii,* Institutul de Ştiinţe Pedagogice, Cluj-Napoca.

Boşcaiu, E., *Bâlbâiala, prevenire şi tratament,* E.D.P., Bucureşti, 1983.

Boşcaiu, E., *Îndrumător pentru dezvoltarea vorbirii în colectivităţile de copii,* Universitatea Cluj-Napoca, 1983.

Boşcaiu, E., Bogathy, Z.O., *Consideraţii asupra disgrafiilor la elevii bâlbâiţi din clasele I-IV,* în "Probleme de defectologie", E.D.P., Bucureşti, vol. VIII, 1970.

Calavrezo, C., *Metode şi procedee pentru corectarea disgrafiei şi dislexiei,* în: "Tulburările limbajului scris", E.D.P., Bucureşti, 1967.

Calavrezo, C., *Contribuţii la corectarea dislaliei,* în: "Caiete de pedagogie medicală. Tulburările de limbaj şi integrarea şcolară", Centrul de Multiplicare al Universităţii din Bucureşti, 1969.

Calavrezo, C., (ş.a.), *Tulburările limbajului scris,* E.D.P., Bucureşti, 1967.

Damaschin, D., *Defectologia - deficienţe de vorbire,* E.D.P., Bucureşti, 1972.

Dima, C., *De la vorbire la elocinţă,* E. Albatros, Bucureşti, 1982.

Dorizo, A., *Vocea,* E. Medicală, Bucureşti, 1972.
Falinski, E., *Psycho-pédagogie du langage écrit,* Hermann, Paris, 1966.
Golu, M., Verza., E., *Consideraţii metodologice în legătură cu fenomenul "lateralităţii" şi influenţa lui asupra dezvoltării limbajului,* în "Analele Universităţii Bucureşti", Psihologie, 1970.
Guţu, M., *Logopedia,* Universitatea Cluj-Napoca, vol. I, 1975.
Hvaţţev, M.E., *Logopedia,* E.D.P. de Stat a Ministerului Învăţământului, R.S.F.S.R., Moscova, 1959.
Joly, A., *La rytmothérapie,* E. Maloine, Paris, 1971.
Jurcău, E. şi N., *Cum vorbesc copiii noştri?,* E. Dacia, Cluj-Napoca, 1989.
Kocker, F., *La rééducation des dyslexiques,* P.U.F., Paris, 1962.
Lafon, R., *Vocabulaire de psycho-pédagogie et de psychiatrie de l'enfant,* P.U.F., Paris, 1963.
Launay, Cl., *Absence et retard du developpement du langage,* Presse Medicale, Tome 72, o. 33, Juillet, 1964.
Launay, Cl., Borel-Maisonny, S., *Audimutité ou aphazie congénitale: les troubles d'élaboration du langage,* în "De terapia Vocis et Loquelas", Vienna, 1965.
Launay, Cl., *Dylaxie-dysorthographie,* II, în "La Presse Medicale", No. 19, Tome 73, 1965.
Launay, Cl., *Place de la rééducation psycho-motrice dans la rééducation du langage,* „Annales medico-psychologique", 1970.
Lăscuş E., *Noţiuni de logopedie,* Universitatea Cluj-Napoca, 1996.
Nikasina, N.A., *Defecte de pronunţie şi scriere la elevii din primele clase ale şcolilor de masă,* în "Probleme de pedagogie specială", E.S.D.P., Bucureşti, 1961.
Păunescu, C., *Dezvoltarea vorbirii copilului şi tulburările ei,* E.S.D.P., Bucureşti, 1962.
Păunescu, C., (red.), *Studii şi cercetări de logopedie,* E.D.P., Bucureşti, 1966.
Păunescu, C., *Tulburări de vorbire la copil,* E. Medicală, Bucureşti, 1966.
Păunescu, C., *Disgrafia în cadrul tulburărilor limbajului scris,* în "Tulburările limbajului scris", E.D.P., Bucureşti, 1967.
Păunescu, C., *Introducere în logopedie,* E.D.P., Bucureşti, vol. I., 1976.
Păunescu, C., (ş.a.), *Nedezvoltarea vorbirii copilului,* E.D.P., Bucureşti, 1976.
Popescu-Neveanu, P., *Dicţionar de psihologie,* E. Albatros, Bucureşti, 1978.
Preda, V., (ş.a.), *Defectologie. Lecţii,* Universitatea Cluj-Napoca, 1989.

Preda, V., *Psihologia deficienților vizuali,* Universitatea Cluj-Napoca, 1993.
Preda, V., (coord.), *Elemente de psihopedagogia intervenției precoce,* Colecția Psihoped-Info, nr. 1-2, Cluj-Napoca, 1995.
Pricop, M., *Culegere de material metodic pentru corectarea dislaliilor la elevii claselor I-IV,* E.D.P., București, 1969.
Radu I., *Introducere în psihologia contemporană,* E. Sincron, Cluj-Napoca, 1991.
Reynier, I.P., *Méthodologie des investigations chez l'enfant atteint de troubles du language,* în "Médicine et Hygiene", nr. 935, 1968.
Rosetti, Al., *Introducere în fonetică,* E.Ş., București, 1967.
Roşca Al., Mare V., *Limbajul,* în A. Chircev (sub. red.) „Lecții de psihologia copilului și a adolescentului", Universitatea Cluj-Napoca, 1970.
Roth, W., *Tiflologia. Psihologia deficienților vizuali,* Universitatea Cluj-Napoca, 1973.
Seeman, M., *Les troubles du langage chez l'enfant,* P.U.F., Paris, 1967.
Siflamy, N., *Dicționar de psihologie,* E. Univers Enciclopedic, București, 1996.
Sovak, M., *Logopedia cehoslovacă,* culegere de articole, Praga, 1956 (trad. litografiată).
Stănică, C., *Specificul terapiei în alalie,* în E. Verza (coord. șt.), „Probleme de defectologie", E.D.P., vol. XI, București, 1983.
Stănică, C., Vrăşmaş, E., *Terapia tulburărilor de limbaj,* Universitatea București, 1994.
Tomescu, M., *Rinolalia-structură și dinamică,* în "Revista de Educație Specială", nr. 1-2/1994, 1-2/1995, 3-4/1995.
Șchiopu, U., (coord.), *Dicționar de psihologie,* E. Babel, București, 1997.
Șchiopu, U., Verza E., *Adolescență, personalitate, limbaj,* E. Albatros, București, 1989.
Șchiopu, U., Verza E., *Psihologia vârstelor,* E.D.P.R.A., București, 1996.
Ştefan, M., *Educarea copiilor cu vedere slabă. Ambliopi,* E.D.P., București, 1981.
Ungureanu, D., *Compendiu logopedic școlar,* E. Eurostampa, Timişoara, 1998.
Verza, E., *Caracteristicile dislaliei și disgrafiei la școlari,* în "Analele Universității București", Psihologie, 1970.
Verza, E., *Conduita verbală a școlarilor mici,* E.D.P., București, 1973.
Verza, E., *Evoluția comportamentului verbal în raport cu gradul dezvoltării*

mentale, în "Pedagogia specială", nr. 1, Editată de Ministerul Muncii, 1973.
Verza, E., *Dislalia şi terapia ei,* E.D.P., Bucureşti, 1977.
Verza, E., *Ce este logopedia?,* E. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1982.
Verza, E., *Particularităţi ale stimulării activităţii psihice prin dezvoltarea limbajului la elevii handicapaţi,* în "Revista de psihologie", nr. 3, 1982.
Verza, E., *Relaţia dintre dezvoltarea limbajului şi evoluţia senzorial-psihică,* în: "Revista de pedagogie", nr. 11, 1982.
Verza, E., *Disgrafia şi terapia ei,* E.D.P., Bucureşti, 1983.
Verza, E., *Modelarea comportamentului grafic al elevilor în raport de aprecierea cadrului didactic,* în "Revista de psihologie", nr. 3, 1985.
Verza, E., *Psihopedagogia specială,* E.D.P., Bucureşti, 1997.
Vlasova, T.A., Pevzner, M.S., *Despre copiii cu abateri în dezvoltare,* E. Ştiinţifică, Bucureşti, 1964.
Zörgö, B., Roşcaiu, E., Neagu, E., *Cu privire la raportul dintre tulburările de vorbire şi dezvoltarea activităţii intelectuale la copii,* în "Probleme de defectologie", E.D.P., Bucureşti, volumul IV, 1964.
West, R., Kennedy, S., Carr, A., *Reabilitarea vorbirii* (Litografiat în două volume), Bucureşti, 1947.

CUPRINS

INTRODUCERE 5
CAP. I - CLASIFICAREA ŞI ETIOLOGIA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ 7
1.1. Clasificarea tulburărilor de limbaj 7
1.2. Etiologia tulburărilor de limbaj 8
1.2.1. Cauzele organice 8
1.2.2. Cauzele funcţionale 10
1.2.3. Cauzele psihosociale 10
CAP. II - FRECVENŢA ŞI NECESITATEA INTERVENŢIEI TERAPEUTICE ÎN CAZUL TULBURĂRILOR DE LIMBAJ 12
2.1. Frecvenţa tulburărilor de limbaj 12
2.2. Necesitatea intervenţiei terapeutice în cazul tulburărilor de limbaj 14
CAP. III - UNELE ASPECTE ALE ORGANIZĂRII MUNCII LOGOPEDICE 18
3.1. Depistarea (examinarea selectivă) 18
3.2. Examinarea complexă (integrală) 19
3.2.1. Obiective, mediul de examinare, metode, documente logopedice 20
3.2.2. Principii ale examinării complexe 21
3.2.3. Examinarea complexă propriu-zisă 21
CAP. IV - METODE ŞI PROCEDEE CU CARACTER GENERAL 30
4.1. Educarea respiraţiei 30
4.2. Dezvoltarea auzului fonematic 32
4.2.1. Generalităţi 32
4.2.2. Exerciţii de dezvoltare a auzului fonematic 34
4.2.3. Jocuri hazlii 37
4.2.4. Frământări de limbă 38
4.3. Dezvoltarea motricităţii generale şi a mişcărilor fonoarticulatorii 42
4.4. Educarea personalităţii şi înlăturarea negativismului 45

CAP. V - DISLALIA 47
5.1. Definire 47
5.2. Clasificarea dislaliei 47
5.3. Forme clinice ale dislaliei 49
5.4. Diagnosticul dislaliei 53
5.5. Terapia dislaliei 54
5.5.1. Generalități (cerințe și metode) 54
5.5.2. Metode și procedee specific logopedice de corectare a dislaliei 55
5.5.3. Terapia dislaliei centrale sau de evoluție 67
5.5.4. Dizartria 69
5.5.5. Rinolalia 71
CAP. VI - TULBURĂRI DE RITM ŞI FLUENȚĂ 74
6.1. Bâlbâiala 74
6.1.1. Simptomatologia bâlbâielii 74
6.1.2. Cauzele bâlbâielii 75
6.1.3. Formele bâlbâielii 77
6.1.4. Terapia bâlbâielii 80
6.2. Tahilalia 85
6.3. Bradilalia 86
6.4. Aftongia 88
CAP. VII - TULBURĂRILE LIMBAJULUI SCRIS 89
7.1. Dislexia - disgrafia 89
7.1.1. Dislexia - disgrafia - definire și etiologie 89
7.1.2. Formele dislexiei - disgrafiei 90
7.1.3. Metode și procedee folosite în acțiunea de corectare a dislexiei - disgrafiei 91
7.2. Alexia - agrafia 94
CAP. VIII - TULBURĂRILE DE VOCE 96
CAP. IX - TULBURĂRI DE LIMBAJ GRAVE (COMPLEXE) 100
9.1. Tulburări de expresie vocală 100
9.1.1. Alalia 100
9.1.2. Afazia 105
9.2. Tulburări de achiziție a limbajului 107
9.2.1. Tulburări fără alterare senzorială sau neurologică evidentă 107

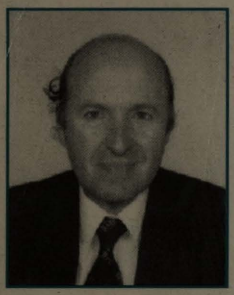
9.2.2. Tulburări de limbaj în psihozele copilului 109
9.2.2.1. Autismul infantil precoce 109
9.2.2.2. Stările parapsihotice 116
9.2.2.3. Psihozele cu deficit intelectual - arierarea (arieraţia) mintală 117
9.2.2.4. Psihozele apărute în copilăria mare 118
9.2.2.5. Tulburări de limbaj în epilepsie 118
9.2.2.6. Limbajul idiotului 119
9.2.2.7. Mutismul 119
9.2.2.8. Întârzierea în apariţia şi dezvoltarea limbajului 123
BIBLIOGRAFIE 125

Consilier editorial: Corina Victoria Bădulescu
Redactor: Eugen Dorcescu
Bun de tipar: 5.02.1999
Apărut: 1999
Coli tipo: 8,25

Tipar executat la
S.C. "HELICON" BANAT S.A. TIMIȘOARA
sub comanda nr. 5 / 1999

20-00 lei

2012



De același autor:

Jocuri de creativitate,
Editura Excelsior, 1997
Psihologie școlară. Învățare rapidă și eficientă,
Editura Eurostampa, 1997
Psihologia învățării,
Editura Excelsior, 1997
Pedagogie,
Editura Augusta, 1997
Povestiri și jocuri matematice distractive,
Editura Excelsior, 1998
Pedagogie,
Editura Eurostampa, 1998

<00552039>

Editura Excelsior

LEI 45.000

ISBN 973-592-000-X