

EMIL VERZA

**TRATAT
DE
OGOPEDIE**

VOLUMUL I

EDICURA BLINDAȚELI

- *Logopedia – știință interdisciplinară*
- *Mecanismele și evoluția limbajului*
- *Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj*
- *Dislalia, alte tulburări de pronunție și terapia lor*
- *Dislexie – disgrafie, simptomatologie și terapie*
- *Limbaj – comportament – personalitate*

CUPRINS

ARGUMENT	15
INTRODUCERE	17
CAPITOLUL I	23
LOGOPEDIA - ȘTIINȚĂ INTERDISCIPLINARĂ	
1. Constituirea logopediei ca știință.....	23
2. Importanța teoretică și practică a logopediei.....	28
3. Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj.....	31
4. Legile logopediei	36
5. Frecvența și importanța corectării tulburărilor de limbaj.....	40
6. Metodologia corectării și studierii în logopedie.....	42
CAPITOLUL II	45
LOCUL LIMBAJULUI ÎN CADRUL SISTEMULUI PSIHIC UMAN	
CAPITOLUL III	64
MECANISMELE NEUROFIZIOLOGICE ȘI PSIHOLOGICE ALE LIMBAJULUI	
CAPITOLUL IV	79
DINAMISM ȘI RELAȚIE ÎN EVOLUȚIA LIMBAJULUI	
1. Dezvoltarea limbajului în contextul normalității umane.....	79
2. Evoluția limbajului la handicapării senzorial și de intelect.....	86
CAPITOLUL V	93
FORMAREA ȘI DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE CITIT-SCRIS	
1. Pregătirea copilului pentru achiziția citit-scrisului.....	93
2. Vârsta optimă de învățare a citit-scrisului.....	95
3. Geneza grafismului și a cititului.....	97

4. Etapele învățării citit-scrisului.....	100
5. Lectura după imagini – etapă premergătoare achiziției citit-scrisului.....	102
6. Citit-scris și intelect.....	110
7. Scrис și motricitate.....	112
8. Citire și înțelegere.....	115
9. Citit-scrisul în Braille.....	116
 CAPITOLUL VI.....	 124
X TULBURĂRILE DE PRONUNȚIE DE TIP DISLALIC	
1. Specificul tulburărilor dislalice, pe fondul intelectului normal.....	124
2. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de intelect.....	136
3. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de auz.....	140
4. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de vedere.....	147
 CAPITOLUL VII.....	 152
X CONVERGENȚE ȘI DIFERENȚE ÎN DISLALIE, RINOLALIE, DISARTRIE	
1. Perspectivă generală asupra elementelor comune și specifice.....	152
2. Relație și ierarhizare în rinolalie	154
3. Relație și ierarhizare în disartrie	159
4. Relația dintre tulburările de pronunție și tulburările limbajului citit-scris	166
 CAPITOLUL VIII.....	 178
X METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE	
1.. Cadrul general de referință	178
2. Metode și procedee cu caracter general.....	182
3. Metode și procedee specific logopedice.....	192
4. Organizarea activității de practică logopedică	204
 CAPITOLUL IX.....	 212
X INFLUENȚA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE ASUPRA PERSONALITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI	
 CAPITOLUL X	 220
EVOLUȚIE ȘI RELAȚIE ÎN DISGRAFIE-DISLEXIE	
1. Spre o teorie generală în disgrafie-dislexie	220
2. Terminologie și definiție.....	221
3. Etiologia tulburărilor scris-cititului.....	225

CAPITOLUL XI.....	239
EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE SCRIS-CITITULUI PE FONDUL NORMALITĂȚII PSIHOSENZORIALE	
1. Delimitarea domeniului de abordare.....	239
2. Formele și manifestările tulburărilor scris-cititului	240
2.1.Scris-cititul încet, lent, stacato	246
2.2.Dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic și în înțelegerea sensului convențional al simbolurilor lexiei	250
2.3.Dificultăți în respectarea regulilor gramaticale și caligrafice...	254
2.4.Omisiuni de litere, grafeme și cuvinte	260
2.5.Adăugiri de litere, grafeme și cuvinte	262
2.6.Substituiri și confuzii de litere, grafeme și cuvinte	263
2.7.Contopirii și comprimări de cuvinte	264
2.8.Nerespectarea spațiului paginii, sărirea și suprapunerea rândurilor	265
2.9.Scrisul servil și citit-scrisul ca în oglindă	266
CAPITOLUL XII.....	281
EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE SCRIS-CITITULUI PE FONDUL HANDICAPURILOR PSIHOSENZORIALE	
1. Specificul dislexo-disgrafiei în Braille, la deficienții de vedere	281
2. Specificul dislexo-disgrafiei în debilitatea mintală.....	295
3. Specificul dislexo-disgrafiei în bolile psihice.....	314
CAPITOLUL XIII.....	324
METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA DISLEXO-DISGRAFIEI	
1. Cadrul general de referință.....	324
2. Metode și procedee cu caracter general	326
3. Metode și procedee cu caracter specific logopedic	334
CAPITOLUL XIV.....	359
RELATIA DINTRE TULBURĂRILE VORBIRII ORALE ȘI CELE ALE SCRIS-CITITULUI	
CAPITOLUL XV.....	372
RELATIA DINTRE SCRIS-CITIT ȘI PERSONALITATE	
ÎN LOC DE ÎNCHEIERE.....	387
BIBLIOGRAFIE.....	393

Capitolul VI

TULBURĂRILE DE PRONUNȚIE DE TIP DISLALIC

1. *Specificul tulburărilor distalice pe fondul intelectului normal*

Însușirea și dezvoltarea limbajului sunt activități care presupun un efort îndelungat din partea individului, în decursul dezvoltării ontogenetice. Activitățile respective se realizează spontan, în relațiile cu cei din jur, dat fiind tendința copilului de a verbaliza acțiunile desfășurate (mai cu seamă cele de joc), dar și organizat, prin determinarea copilului să participe la activități cu un anumit scop educativ (ascultarea și reproducerea de povestiri, citirea imaginilor, instrucția în grădiniță și școală). Desigur, modul în care copilul se realizează pe linia achizițiilor în planul vorbirii și al dezvoltării psihice, în general, este în funcție de o serie de factori care își aduc contribuția, în egală măsură, la acest proces formativ. Printre acești factori, merită atenție deosebită următorii: mediul de viață și activitate al copilului, preocuparea adulților pentru stimularea vorbirii sale, eficiența procesului instructiv-educativ, capacitațile intelectuale ale copilului, afectivitatea, motivația pentru activitate și personalitatea acestuia.

Dacă la început, vorbirea copilului se formează și se dezvoltă pe baza unor activități nesistematice, de satisfacere a unor necesități imediate, încă din perioada preșcolară copilul este solicitat să desfășoare o serie de acțiuni tot mai organizate, care se cer înțelese și exprimate. La început, copilul învață pronunțarea sunetelor prin

imitație și prin joc; apoi realizează cuvinte, propoziții și fraze. Uimitor este că la formarea propozițiilor se respectă, în bună măsură, regulile gramaticale, pe baza așa-numitului „simț al limbii”. (Se observă că simțul limbii este diferit de la un copil la altul și influențează, în general, evoluția și învățarea limbajului).

Diferențele marcate de structura psihofizică a copilului, influențele educative, existența unor modele deficitare pe care le imită, ca și acțiunea unor factori nocivi (pe care nu-i analizăm aici) pot duce la tulburări de vorbire, care se prelungesc și după perioada antepreșcolară; iar în alte situații, asemenea dificultăți ale limbajului pot apărea la vârstele următoare și, adeseori cu un debut violent. În acest capitol, nu ne referim decât la categoria tulburărilor de pronunție, al căror specific vom încerca să-l surprindem în cazul handicapărilor de intelect, senzoriali și la subiecții normali, din punct de vedere intelectual. Aceste sublinieri sunt necesare, deoarece la handicapării senzoriali și de intelect tulburările de limbaj nu au fost studiate sistematic, deși lă aceștia, frecvența acestora este mai mare decât la normali. Cunoșcând particularitățile tulburărilor de limbaj, la aceste categorii se pot diferenția metodele și procedeele adecvate pentru corectarea lor și pentru educarea personalității. Considerăm că se impune în acest context analiza tulburărilor de pronunție respectând principiul de la simplu la complex, astfel încât după ce vom descrie fenomenul dislalic, abordăm rinolalia și disartria.

La copii, apar, relativ frecvent, tulburări de pronunție (*articulație*), constând în deformarea, substituirea, omiterea și inversarea unor sunete în vorbirea spontană și în cea reproducă. Aceste manifestări sunt cuprinse sub denumirea de *dislalie* și când ea se manifestă sub o formă ușoară, îmbracă forma de *dislalie simplă sau monomorfă*, și avem de-a face cu tulburări care se manifestă numai la nivelul unor sunete izolate sau la familia unor sunete (siflante și ţuierătoare) și, de obicei, lă acele sunete care se pronunță mai târziu în ontogeneză, presupunând o coordonare fină a aparatului fonoarticulator în timpul emisiei, iar atunci când tulburările se extind asupra mai multor sunete sau asupra majorității sunetelor, ea poartă denumirea de *dislalie polimorfă*; când sunt afectate toate sunetele, dislalia este *generală sau totală*.

Această clasificare a dislaliei este realizată pe baza criteriului simptomatologic și este cel mai des folosită, considerându-se că este și cea mai completă. Dar, dislalia se poate împărtăși după criteriul etiologic, în *mecanică* (numită și disglosie) și *funcțională*, după

imitație și prin joc; apoi realizează cuvinte, propoziții și fraze. Uimitor este că la formarea propozițiilor se respectă, în bună măsură, regulile gramaticale, pe baza acesta-numitului „simț al limbii”. (Se observă că simțul limbii este diferit de la un copil la altul și influențează, în general, evoluția și învățarea limbajului).

Diferențele marcate de structura psihofizică a copilului, influențele educative, existența unor modele deficitare pe care le imită, ca și acțiunea unor factori nocivi (pe care nu-i analizăm aici) pot duce la tulburări de vorbire, care se prelungesc și după perioada antepreșcolară, iar în alte situații, asemenea dificultăți ale limbajului pot apărea la vîrstele următoare și, adeseori cu un debut violent. În acest capitol, nu ne referim decât la categoria tulburărilor de pronunție, al căror specific vom încerca să-l surprindem în cazul handicapărilor de intelект, senzoriali și la subiecții normali, din punct de vedere intelectual. Aceste sublinieri sunt necesare, deoarece la handicapării senzoriali și de intelект tulburările de limbaj nu au fost studiate sistematic, deși la aceștia, frecvența acestora este mai mare decât la normali. Cunoscând particularitățile tulburărilor de limbaj, la aceste categorii se pot diferenția metodele și procedeele adecvate pentru corectarea lor și pentru educarea personalității. Considerăm că se impune în acest context analiza tulburărilor de pronunție respectând principiul de la simplu la complex, astfel încât după ce vom descrie fenomenul dislalic, abordăm rinolalia și disartria.

La copii, apar, relativ frecvent, *tulburări de pronunție* (*articulație*), constând în deformarea, substituirea, omiterea și inversarea unor sunete în vorbirea spontană și în cea reproducă. Aceste manifestări sunt cuprinse sub denumirea de *dislalie* și când ea se manifestă sub o formă ușoară, îmbracă forma de *dislalie simplă sau monomorfă*, și avem de-a face cu tulburări care se manifestă numai la nivelul unor sunete izolate sau la familia unor sunete (siflante și șuierătoare) și, de obicei, la acele sunete care se pronunță mai târziu în ontogeneză, presupunând o coordonare fină a aparatului fonoarticulator în timpul emisiei, iar atunci când tulburările se extind asupra mai multor sunete sau asupra majorității sunetelor, ea poartă denumirea de *dislalie polimorfă*; când sunt afectate toate sunetele, dislalia este *generală sau totală*.

Această clasificare a dislaliei este realizată pe baza criteriului simptomatologic și este cel mai des folosită, considerându-se că este și cea mai completă. Dar, dislalia se poate împărtăși după criteriul etiologic, în *mecanică* (numită și disglosie) și *funcțională*, după

dislaliilor la vîrste mici și descreșterea acestora în raport cu încadrarea în vîrstă, fapt legat de maturizarea aparatului fonoarticulator, a sistemelor cerebrale și a parcurgerii unui program de terapie logopedică.

Sunetele care apar primele în vorbirea copiilor nu sunt frecvent afectate și chiar când apar asemenea deficiențe, ele se corectează mai ușor. Printre acestea, se numără vocalele, și în primul rând, a, e, u, și consoanele b, d, t, m, n etc. Se știe că vibranta r apare mult mai târziu și este des afectată. De asemenea, africantele, č, ġ, ţ, sifantele s-z și suierătoarele ř-j.

Normalitatea limbajului, împreună cu alți factori, ca: inteligență, vîrstă, educație (G.A.Miller, 1956) influențează bogăția și varietatea vocabularului. Tulburarea structurii lexicale a vorbirii este dependentă de gravitatea handicapurilor de limbaj, de asocierea și de întinderea lor.

La handicapării de limbaj, sunt unele cuvinte „critice” pe care le percep ca fiind dificile, în legătură cu care se așteaptă să se întâmple dificultăți; astfel încât ele duc la o supraîncordare în planul conducei verbale.

În ansamblu, tulburările de limbaj determină modificări în viața și activitatea individului. La indivizi de vîrstă mai mare, apare obiceiul de a ocoli acele cuvinte la care aceștia știu că întâmpină dificultăți sau adoptă o serie de şirerăciuri, printre altele o pauză în vorbire, creând impresia că se gândesc profund la ceea ce spun.

În formele grave de dislalie, (mai ales când este vorba de tetism și, în plus, cu manifestări de agramatism) este afectată nu numai reproducerea corectă a sunetelor și cuvintelor, dar este deficitar și modul de organizare a cuvintelor în propoziții și felul în care sunt folosite acestea, în funcție de formă gramaticală, ceea ce determină neînțelegerea comunicării verbale de către interlocutor sau apare o înțelegere neconformă cu intențiile dislalicului.

Din aceste motive, diagnosticul diferențial, în dislalie, prezintă o importanță deosebită în adoptarea metodelor și procedeelor logopedice adecvate. Pe bună dreptate, se afirmă, în unele lucrări (M.Guțu, 1975, pag. 122), că la stabilirea diagnosticului trebuie să se aibă în vedere atât criteriul simptomatologic și etiologic, cât și mecanismele psihofiziologice implicate în tulburarea respectivă: eventualele leziuni ale sistemului nervos central, leziuni ale organelor de articulație, leziuni ale aparatelor de recepție etc.

Cauzele care stau la baza dislaliilor au un evantai foarte larg, începând cu imitarea unor modele greșite de pronunție, existența unor modele greșite de educație, menținerea obișnuințelor negative de pronunție, lipsa de stimulare a pronunțării corecte și terminând cu incriminarea unor factori nocivi complecși: anomalii anatomico-funcționale ale aparatelor periferice și ale sistemului nervos central, nesincronizarea în funcționarea segmentelor aferent-eferente, nedezvoltarea sistemelor cerebrale, insuficiența dezvoltării psihice etc. Cercetările moderne leagă manifestările dislalice și tulburările de ritm (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia, tumultus sermonis), ca și tulburările scris-cititului (disgrafia-dislexia) de stângăcie sau de contrarierea stângăciei. Se știe că în producerea proceselor psihice între emisferele cerebrale se stabilesc raporturi de subordonare, una apare ca dominantă, iar cealaltă ca subordonată. De altfel, nivelul de lateralizare a unor funcții este diferit. Se pot delimita – cum s-a văzut – funcții puternice și slab lateralizate. Limbajul, percepția muzicii, reprezentarea eului fizic, operațiile motorii (locomoția, manipularea obiectelor) fac parte din prima categorie, iar percepția vizuală, operațiile mintale (de analiză și sinteză, de calcul), actele atenției, procesele afective se înscriu în categoria a doua (A.R.Luria, 1962, pag. 75-78). Așadar, limbajul, ca funcție puternic lateralizată, se realizează cu predominantă într-o din cele două emisfere: stângă, la dreptaci și dreaptă, la stângaci. Datele clinice de neurochirurgie au confirmat afirmațiile de mai sus. W. Penfield (1963, pag. 97) a supus intervenției un mare număr de pacienți cu leziuni la nivelul emisferei stângi sau drepte, și a urmărit efectul lateralizării asupra tulburărilor afazice ale limbajului. A rezultat că din 175 de bolnavi dreptaci, la care s-au efectuat operațiile în emisferă stângă s-au produs manifestări afazice la 121, în timp ce din 252 de pacienți, care au suferit operații la emisferă dreaptă, la unul singur s-au manifestat tulburări afazice. Luând în considerație situația de mai sus cât și o serie de criterii ontogenetice se poate afirma că pentru constituirea limbajului (oral și scris) este mai adecvată dominantă emisferii stângi. Rezultă, prin urmare, că lateralitatea dreaptă (rezervată la stângaci) denotă o serie de dificultăți de ordin funcțional, care pot determina existența unor tulburări la nivelul conduitei verbale. și o serie de date logopedice concrete atestă această idee, și anume faptul că la copiii stângaci, întârzierile în apariția și dezvoltarea limbajului, ca și tulburările sale, se întâlnesc într-un procent mai mare, comparativ cu dreptacii de aceeași vîrstă. Astfel, la 50 de copii stângaci, Beckey a înregistrat

32% cu tulburări de vorbire, H. W. Simens a găsit la 67 de copii stângaci, un procent de 22,5% cu tulburări ale limbajului, în timp ce la un lot de 520 dreptaci nu a înregistrat decât 6,9% handicapuri de limbaj. Așa cum arată Cl.Launay (1965), această legătură se stabilește mai pregnant, între stângăcia încrucișată sau ambidextrie și tulburările scrisului – disgrafia. Cu mult timp înainte, Gutzmann, Orton, Sovak au sesizat legătura dintre manifestarea dislaliei și stângăciei.

Într-un studiu efectuat de noi, împreună cu M. Golu (1970), am constatat că dintre tulburările limbajului favorizate de stângăcie, dislalia și în primul rând sigmatismele și rotacismele au o frecvență mai mare, în vreme ce bâlbâiala denotă caracterul tranzitoriu al stângăciei, adică pe măsura consolidării dominantei emisferei stângi, prin trecerea copilului de la folosirea mâinii stângi la cea dreaptă se deschid perspective de ameliorare și corectare a bâlbâiei.

Unii autori, printre care M. Seeman (1965, pag. 6), afirmă că caracterul ereditar al dislaliilor grave, mai cu seamă pe linie paternă. La asemenea cazuri, tulburările de pronunție se pot corela cu o serie de insuficiențe motorii, unele deregări statice și curențe ale funcției vestibulare. În alte tulburări de vorbire, ca de pildă în alalie, Seeman arată că deregările vestibulare pot duce la explicarea mecanismului psihofiziologic, și constituie un indicator important în diagnoza alaliei în ontogeneza timpurie sau chiar mai devreme.

În dislalie, grupa sigmatismelor și a parasigmatismelor ocupă locul central. În genere, sunetele siflante și șuierătoare apar mai târziu în vorbirea copilului, iar emisia lor presupune mișcări fine ale aparatului fonoarticulator, o anumită dezvoltare a auzului fonematic (care contribuie la diferențierea sunetelor de altele), un auz nealterat etc. Din aceste motive, sigmatismele și parasigmatismele sunt foarte frecvente la copiii de vîrstă preșcolară, dar la întâlnim adeseori și după această perioadă. Datorită frecvenței siflantelor și șuierătoarelor, cât și specificul unor limbi, această grupă de sunete este mai des afectată în alte limbi, comparativ cu limba română. Astfel, în limba germană și în limba cehă (M. Seeman, 1959), mai cu seamă la vîrstele mici, apare o mare incidență a cazurilor de sigmatism și parasigmatism.

Sunetele siflante, șuierătoare și africate s, ș, z, j, t, ce, ci, ge, gi sunt înlocuite adeseori între ele, dar și cu alte sunete, în special cu t, d. În cadrul sigmatismului, frecvența cea mai mare o prezintă omisiunile și deformările grupei respective. Din deformarea acestor sunete apar, la unii dislalici, sunete care nu există în limba română, dar care se

aseamănă cu unele sunete specifice altor limbi, sau, pur și simplu, apar emisii vocale nespecifice limbii respective și nu pot fi recunoscute, producând dificultăți și în descifrarea cuvântului de către interlocutor.

Cauzele care determină apariția sigmatismelor și parasigmatismelor sunt analizate în literatura de specialitate din unghiuri de vedere diferite, punându-se un accent mai mare pe unele și fiind controversate altele. Astfel, deficiențele de auz sunt unanim socotite ca determinând incapacitatea discriminării sunetelor și, ca urmare, a diferențierii lor în actul articulării. Uneori, deficiențele de auz trec neobservate, deoarece ele se reduc la imposibilitatea receptiei și diferențierii frecvențelor înalte ale sunetelor (cum este cazul siflantelor). Cu cât anomalia auzului este mai accentuată, cu atât tulburările dislalice apar mai pregnant și se extind asupra unui grup mai mare de sunete. Deficiențele auzului fonematic influențează receptia și pronunția, în primul rând a acelor grupe de sunete dar, într-o anumită măsură, și a altora.

În planul etiologiei, un loc important îl ocupă și imitațiile unor modele de pronunție neadacvate sau desfășurarea activității într-un mediu social puțin stimulativ, din punctul de vedere al vorbirii. La copii, acțiunea acestor factori se resimte tot atât de evident ca și metodele greșite de educație; printre altele, încurajarea copilului în pronunția defectuoasă, pentru amuzamentul adulților, sau ridicularizarea lui, la o anumită vîrstă, de către persoanele din jurul său; aceste procedee duc la menținerea și fixarea defectului.

O altă cauză a sigmatismului – mult discutată în literatura de specialitate – constituie anomaliiile dentomaxilare și despiciaturile de văl și buze. Creșterea deficitară a dinților, lipsa acestora, mușcătura deschisă și oblică, progenia și prognatismul, macroglosia și microglosia, așa – numita „buza de iepure” și „gură de lup” pot determina diferite forme de sigmatism, ca și o serie de fenomene rinolalice, prin neputința fixării corecte a aparatelor de pronunție și devierea de la situația standard a jetului de aer care participă la emisia sunetelor.

Pe baza acestei etiologii și a criteriului simptomatologic, specialiștii în logopedie descriu numeroase forme de sigmatism. Forma de sigmatism interdental ia naștere prin pronunțarea sunetelor siflante cu limba, între dinți; se observă că aceasta este cea mai frecventă formă de sigmatism.

La copiii mici, această formă de sigmatism apare frecvent, datorită lipsei dinților din față, care permite fixarea limbii între ei,

determinând o împrăștiere exagerată a aerului ce participă la emisie. De obicei, acest tip de sigmatism dispără odată cu creșterea dintilor și se fixează ca defect cu semnificație logopedică, atunci când persistă prea mult în vorbirea copilului sau când există și alți factori determinanți. Asemenea situații pot genera instalarea unei deprinderi greșite de pronunție. La unii copii, sigmatismul interdental se poate datora și vegetațiilor adenoide sau rigidității limbii, ca urmare a funcționării asincrone și a slăbiciunii mușchilor linguali, fenomen descris amănunțit de Froschels.

Sigmatismul lateral ia naștere prin ieșirea jetului de aer prin dreapta în loc să se producă prin mijloc, și poartă denumirea de sigmatism lateral dexter, ori spre stânga, când avem de-a face cu un sigmatism lateral sinister și, în fine, aerul ieșe bilateral, dând naștere sigmatismului bilateral. Adeseori, sigmatismul dexter și sinister se asociază cu o ușoară asimetrie facială a părții drepte și, respectiv, stângi.

Sigmatismul lateral se accentuează în raport cu retragerea comisurii bucale în direcția laterală stângă sau dreaptă. Un rol important în producerea sigmatismului lateral îl are pareza parțială a nervului hipoglos. În acest caz, sifantele, și în primul rând consoanele, sunt mai des afectate comparativ cu șuierătoarele.

Când vârful limbii se sprijină pe dinți și aceștia sunt prea apropiati, nepermittând aerului să ieșă prin spațiul interdental, avem de-a face cu sigmatismul addental. Această formă de sigmatism apare frecvent ca urmare a neperceperii corecte a pronunției, determinată de hipoacuzii sau de deficiențe ale auzului fonematic; cât și datorită anomaliei organice, ca spre exemplu, dentiția incorrect implantată și maxilar inferior sau superior exagerat de prominent (prognatismul). În acest caz, sonoritatea sunetelor siflante este evident alterată, prin ieșirea aerului în formă de evantai, în loc de o concentrare a acestuia prin spațiul de mijloc al gurii.

Sigmatismul palatal se produce din cauza retragerii vârfului limbii mult spre bolta palatină. În felul acesta, apare un sunet fricativ sau șuierător: șală în loc de sală, jial în loc de ziar. Cauzele sunt aceleași ca și în cazul sigmatismului addental.

Dacă în sigmatismul addental, sonoritatea sunetelor este tulburată, în altă formă de sigmatism, și anume în cel strident, sonoritatea siflantelor este, dimpotrivă, prea mare, articulația devine atât de puternică încât supără pe ascultător, în cazul dat, depășind pragul obișnuit al intensității. Pronunția se poate compara cu vorbirea

persoanei care apropie prea mult microfonul de buze sau când acesta este dereglat. Datorită unor deficiențe ale aparatului auditiv intern, sigmaticul respectiv nu-și dă seama, în toate situațiile, de deficiența sa, și printr-un efort sporit amplifică dificultatea ce o are.

Sigmatismele labial și labio-dental se întâlnesc mai rar în practica logopedică. În primul caz, pronunția se realizează cu participarea proeminentă a buzelor și fără sprijinul incisivilor inferioiri, apărând un fel de ș sau f, iar în al doilea caz, producerea siflantelor se face cu ajutorul incisivilor superioiri și a buzei inferioare care acoperă dinții inferiori.

Atunci când palatul moale, din cauza unor deficiențe, nu-și poate îndeplini funcția sa normală, apare sigmatismul nazal, care determină transformarea sunetelor siflante într-un fel de ng. În cazul acesta orificiul faringo-nazal nu se poate închide decât parțial (sigmatism nazal parțial) sau în situațiile mai dificile, jetul de aer se scurge numai prin nas (sigmatism nazal total). Acest fel de sigmatism este determinat de despicateurile palatale, de imobilitatea palatului ca, de exemplu, la un palat prea scurt sau ca urmare a unei operații. S. Borel-Maisonny descrie un sunet ce se realizează între coardele vocale, și care are o rezonanță guturală, purtând denumirea de sigmatism laringual.

Din punct de vedere ontogenetic, sunetul r apare, de obicei, în urma sunetelor siflante și șuierătoare, iar deformările, înlocuirile și omisiunile sale sunt frecvente, deoarece pronunția să presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticulator și mișcări de sincronizare fină. Afectarea sunetului r se poate sesiza ușor în vorbire, întrucât acesta are o mare frecvență în cuvinte. Deformarea, omisiunea și inversarea sunetului cu un alt sunet se numește rotacism, iar înlocuirea sa cu un alt fonem, pararotacism.

Majoritatea copiilor antepreșcolari și preșcolari mici nu reușesc să pronunțe corect sunetul r, deformându-l, omitându-l sau înlocuindu-l, cel mai des, cu l sau cu alte sunete, ca d, h, v și mai rar cu i, u etc. În acest caz, nu este vorba de rotacism sau pararotacism (care ar necesita o intervenție logopedică); el se rezolvă de la sine, odată cu dezvoltarea aparatului fonoarticulator. Dacă omisiunea, inversarea, deformarea și substituirea lui r persistă și după vîrstă de 3 ani, atunci se impun exerciții logopedice pentru corectarea rotacismului sau a pararotacismului.

De obicei, prezența rotacismului și a pararotacismului constituie un indiciu al existenței și altor tulburări dislalice, că urmare

a mecanismelor complexe care participă la emisia sunetului și care prin funcționare deficitară determină pronunțarea defectuoasă și a altor sunete dificil de pronunțat.

Frecvent, printre cauzele care determină apariția rotacismului și pararotacismului se numără unele anomalii anatomic sau funcționale ale limbii: construcția prea groasă a unor margini ale limbii și, ca urmare, subțierea exagerată a altora, frenul prea scurt sau prea mare al limbii, care nu permite mobilitatea necesară emisiei, macroglosia limbii, o inervație inadecvată a limbii și leziuni ale nervului hipoglos; defecțiuni ale boltei palatine, deficiențe ale auzului fizic sau fonematic; imitarea unor modele deficitare de pronunțare și, în fine, o serie de factori de natură psihico-socială, care duc la fixarea deprinderii greșite și care creează o serie de complexe ce se repercuzează asupra întregii personalități.

În ceea ce privește criteriul simptomatologic, cât și pe cel al etiologiei, literatura de specialitate înregistrează o gamă foarte mare de rotacisme (peste 30 de forme). Noi ne vom referi, însă, numai la cele întâlnite mai des, și care sunt specifice dislalicilor ce vorbesc limba română. Astfel, rotacismul interdental se produce prin vibrarea vârfului limbii, sprijinit pe incisivii superioiri sau chiar prin atingerea de către limbă a buzei superioare. În acest caz, sunetul r se poate emite și lateral, datorită scurgerii aerului prin comisura bucală, ceea ce duce la sâsâirea sau șuierarea lui. Atunci când sunetul r se realizează prin vibrarea buzelor, iar limba are un joc ușor, apare rotacismul labial. În cazul când vibrează buza superioară, atingând incisivii inferiori ori vibrează buza inferioară prin atingerea incisivilor superioiri, apare o altă formă de rotacism numită rotacism labiodental. Rotacismul apical se produce din cauză că limba este strânsă lipită de alveole, în timpul pronunției, ceea ce nu-i permite vibrația necesară sau vârful limbii este curbat în timpul sprijinirii pe bolta palatină din care cauză vibrațiile nu apar în zona potrivită. În aceste cazuri, denaturarea sunetului r capătă caracteristica sunetelor fricative, sonore și afone. În altă formă de rotacism, și anume rotacismul velar, nu vibrează vârful limbii, cum este normal, ci vălul palatin. Atunci când orificiul palato-faringian nu se închide complet, iar vibrațiile se realizează la nivelul părții posterioare a palatului moale și peretelui posterior al faringelui, se produce un r strident, cu caracteristici nazale, de unde denumirea de rotacism nazal. Când vibrația pentru producerea sunetului r se realizează cu ajutorul uvulei și nu prin vibrarea vârfului limbii sprijinit pe alveolele incisivilor superioiri, se produce rotacismul uvular.

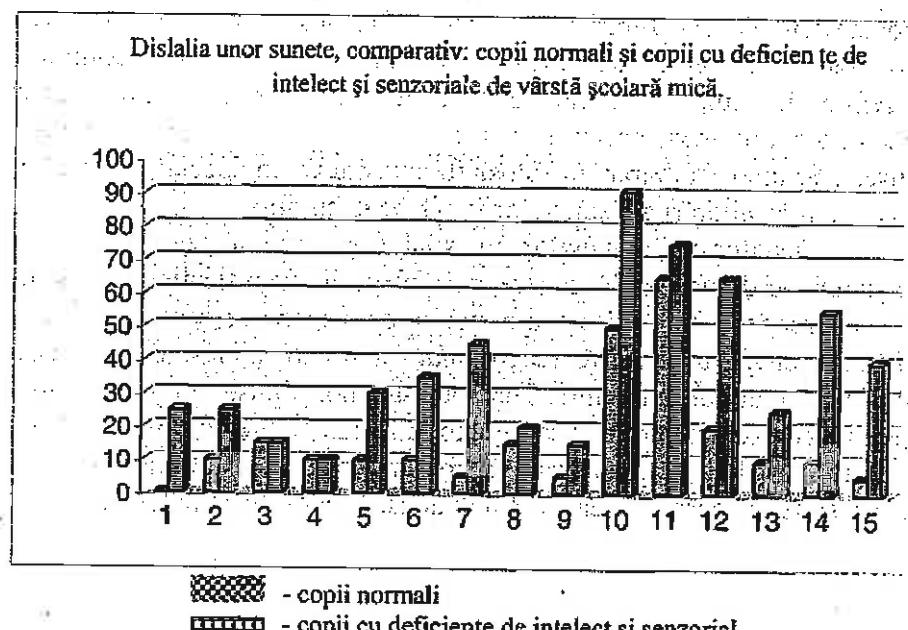
Acet fel de rotacism are o mare frecvență în limba română. Necorectarea la timp a rotacismului velar, nazal și uvular poate duce la instalarea unei fonastenii, din cauza încordării și efortului exagerat necesar în producerea formei deficitare. Frecent, la dislalicii de limbă română, se întâlnește și rotacismul bucal, care ia naștere prin scurgerea aerului printre limbă și obrajii ce intră în vibrație. În funcție de gravitatea afectării sunetelor, în emiterea cuvintelor care conțin asemenea sunete și chiar la nivelul formulărilor verbale se constată o vorbire mai puțin agreabilă, rezultată nu numai din deficiențele respective, ci și din oscilațiile intensității, timbrului și guturalității intermitente.

În cadrul tulburărilor dislatice, pot apărea dificultăți și în emiterea altor sunete, dar cu o frecvență mai mică. Printre acestea, merită atenție lambdacismul și paralambdacismul, care constă în deformarea, omisiunea și înlocuirea sunetului l. În genere, aria de manifestare a lambdacismului este mai restrânsă, în comparație cu grupa sigmatismelor și rotacismelor. Se întâlnește câteva forme mai frecvente, dintre care amintim: lambdacismul interdental, care se formează prin introducerea vârfului limbii între dinți, afectând, în special, sonoritatea sunetului l; lambdacismul nazal, provocat de coborârea vâlului palatin astfel încât facilitează ieșirea aerului prin nas (frecvent în despicăturile palatine); lambdacismul afon, la care coardele vocale participă prea puțin sau deloc în emisia sunetului etc. În cadrul paralambdacismului, sunetul l este înlocuit frecvent prin dublarea vocaliei care o urmează în cuvânt, dar și cu sunetele n, t, i, y, d, g, r.

Există și alte forme dislatice ca: betacismul și parabetacismul (când este afectat sunetul b); capacism sau paracapacism (când este afectat sunetul c); gamacism și paragamacismul (tulburarea sunetului g); deltacismul și paradeltacismul (tulburarea sunetului d); fitacism și parafitacism (tulburarea sunetului f); nutacism și paranutacism (tulburarea sunetului n). În literatura de specialitate, nu am întâlnit denumiri corespunzătoare pentru deformarea sau înlocuirea tuturor sunetelor.

De exemplu, deformarea și înlocuirea lui h este trecută în categoria gamacismului; afectarea sunetului t, la deltamism și paradeltacism; afectarea lui v, la fitacism și parafitacism; iar la sunetului m, la nutacism și paranutacism, dat fiind probabil, poziția asemănătoare a organului fonoarticulator în emisia sunetelor respective. Noi credem că este mai adecvată o terminologie

corespunzătoare pe care o propunem, și anume: pentru h – hamacism și parahamacism; pentru t – tetacism și paratetacism; pentru v – vitacism și paravitacism; pentru m – mutacism și paramutacism. La această grupă de sunete, tulburările respective se datorează, pe de o parte, nesincronizării expr-inspir și, ca urmare, scăderea articulației sau scurtarea anormală, în timpul emisiei, a sunetului, iar pe de altă parte, deficiențelor de rezonanță și sonorizare, ca și a deficiențelor de ocluziune.(Fenomenele reflectate, comparativ în imaginea de mai jos).



- 1) betacism; 2) capacism; 3) deltacism; 4) fitacism; 5) gamacism; 6) hamacism;
7) iotacism; 8) mutacism; 9) nutacism; 10) rotacism; 11) sigmatism; 12) tetacism;
13) vitacism; 14) zitacism; 15) lambdacism

În unele situații, dislalia se accentuează prin așa numitele deficiențe de sonorizare a consoanelor; în acest caz, dislalicul emite în locul sonorelor (d, b, v, g, j, z) perechile lor surde (t, p, f, c, ș, s). Fenomenul de înlocuire a consoanelor surde cu cele sonore se întâlnește mai rar și se manifestă în dislalia gravă, în disartrie, la hipoacuzici și debili mintal (unde sunt mai accentuate deficiențele auzului fonematic și tulburările motrico-kinestezice, care împiedică sincronizarea funcțională a aparatului de emisie).

Este sărat că tulburarea pronunției vocalelor are loc foarte rar, când subiectul posedă un auz normal și nu există anomalii ale aparatului bucal. Vocalele sunt evident denaturate în unele forme de dislalie polimorfă, în disartrie, în alalie, în hipoacuzie și la cei cu retardări în vorbire. Existența tulburărilor vocalice poate constitui un indiciu pentru prezența și a altor defecți sau a unor anomalii funcționale.

În unele situații, și în special la copii, apare o pronunție relativ corectă a sunetelor izolate, dar la nivelul silabelor și cuvintelor se constată unele denaturări prin substituirea, omisiunea sau inversarea sunetelor. Desigur, asemenea denaturări apar în cazul unor cuvinte, în timp ce altele sunt pronunțate corect. În cazul unor asemenea tulburări, accentul și ritmul vorbirii sunt afectate în mod direct. și unele tulburări în folosirea accentului, în special a ritmului, pot produce alterări ale sunetelor în silabe și cuvinte.

Denaturarea sunetelor în silabe și cuvinte, de către unii dislalici, se datorează, în genere, neînțelegерii semnificației cuvintelor și neperceperii lor corecte din punct de vedere auditiv. În situații dificile, cuvântul nu este recepționat ca un tot și nu se realizează ordinea sunetelor în cuvinte. Toate acestea pot fi puse, în primul rând, pe seama deficiențelor auzului fonematic. Subiecții cu astfel de tulburări analizează greu structura fonematică a cuvintelor și confundă ușor, sunetele care se aseamănă atât acustic, cât și articulatoriu.

2. *Specificul tulburărilor distalice la deficienții de intelect*

Învățarea limbajului de către debiliții mintali se face cu mai multe dificultăți în comparație cu normalii. Adeșeori, debiliții mintali au posibilitatea să învețe formule stereotipe, în scopul unor conversații simple, dar nu sunt capabili să utilizeze lăncuri complexe, coerente și logice pe versantul formulărilor verbale de tip narativ închegată. Situația este tot mai dificilă, pe măsura accentuării deficitului de intelect (cum este cazul la deficienții sever și profund). O serie de expresii lingvistice de tip argou și le înștișesc mai ușor și în mod spontan. Expresiile verbale nu se desfășoară după o anumită logică și din cauza faptului că asociațiile (în planul ideal) nu sunt conștiente pe

deplin și nu reușesc să se extindă asupra unor realități largi și complexe. Desigur, nu toate tulburările vorbirii sunt cauzate de deficiența mintală, dar multe dintre acestea pot fi asociate cu debilitatea mintală. Cauzele care au provocat debilitatea mintală pot determina și o serie de anomalii ale auzului, spasticitate, ceea ce influențează producerea și receptia limbajului. În cazul acesta, handicapurile de limbaj se asociază cu debilitatea mintală, dar nu sunt produse de ea.

În activitatea cu debili mintal se confirmă ideile lui R. West, L. Kennedy și A. Carr, cu privire la varietatea formelor de limbaj tulburate. Astfel, dintre formele limbajului, provocate de debilitatea mintală, cele mai frecvente se referă la modul defectuos în folosirea regulilor gramaticale, atât în limbajul scris, cât și în cel oral, la conținutul celor exprimate, când se vehiculează, mai mult, cu noțiuni concrete și când nu au la bază asociații de idei, la un vocabular sărac, atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ, la pronunția confuză și defectuoasă etc., din cauza deprimărilor determinate de insuccesele repetitive. La debilul mintal, pe plan intern se produc o serie de modificări cu influențe negative și care determină apariția unor tulburări de natură psihologică.

O caracteristică evidentă a vorbirii debililor mintal constă în imaturitatea ei, fenomen ce se accentuează, pe de o parte, în funcție de gravitatea deficienței intelectuale, iar pe de alta, în funcție de vârstă lor cronologică. Așa, de pildă, la handicapării sever și profund (în mareea lor majoritate a sindroamelor handicapului de intelect), imaturitatea vorbirii este atât de pregnantă încât, în cele mai fericite cazuri, se poate asemăna cu manifestarea verbală a copiilor normali de 1-2 ani. Dacă la vârstele mici ale debililor mintal imaturitatea vorbirii nu pare atât de evidentă și se pot găsi mai multe elemente comune atât în vorbirea lor, cât și a copiilor normali, diferențele se accentuează, iar limbajul debililor devine tot mai lipsit de maturitate în raport de vârstă acestora. Tot în funcție de aceste situații, vorbirea deficienților de intelect este lipsită de precizia necesară și apar fenomene care denotă lipsa intensității și a tonusului adecvat sau, dimpotrivă, tonus și intensitate exagerate, cu timbru dezagreabil.

Încă de la începutul învățării vorbirii, la copilul debil intervin o serie de dificultăți în observarea exactă a modului cum se produce pronunția pentru a o putea imita corect. Cu timpul, vorbirea debililor mintal devine neclară, confuză și aceste caracteristici se accentuează, ca urmare a neconștientizării tulburării și a agitației psihomotorii sau a

tonusului scăzut. Dacă în emiterea unor cuvinte se manifestă o neclaritate mai puțin evidentă, în propoziții și fraze, confuzia este mai pronunțată, deoarece folosirea lor implică o activitate de gândire profundă și vehicularea unor informații complexe.

Trebuie subliniat că unul din simptomele debilității mintale este și slaba dezvoltare a vorbirii, precum și prezența unor tulburări dislalice care au un caracter persistent. Deficiențele de limbaj ale debilului mintal, printre care și dislalia, nu dispar decât în urma unei activități logopedice susținute. Marea majoritate a deficiențelor de limbaj se datorează insuficienței intelectuale, analizei și sintezei deficitare, incapacității de a efectua generalizări, abstractizări și comparații între fenomenele realității înconjurătoare.

Cunoașterea unor particularități ale limbajului debilului mintal prezintă o deosebită importanță teoretică și practică. Așa cum subliniază J. Piaget, prin intermediul limbajului, copilul are posibilitatea să evoce situații anterioare sau viitoare și, prin aceasta, să stimuleaze inteligența; G.A. Miller subliniază ideea că finalizarea gândirii este în funcție și de actele simbolice. Dacă deficiența intelectuală poate determina o serie de tulburări ale limbajului, la rândul lor, acestea influențează producția inteligenței. În cazurile grave, ca de pildă în pierderea semnelor limbajului, se produce un vid mintal asemănător cu starea în care se găsește copilul înaintea dobândirii limbajului (A. Busemann, 1966).

La debilii mintali, există o proporție ridicată și variată a tulburărilor de limbaj, fapt ce influențează nu numai comunicarea și recepționarea limbajului, dar și operarea în planul mintal. O serie de autori se referă la deficiențele de limbaj specifice debilului mintal. Astfel, Arnold (1959) afirmă că există 45%-55% de logopati printre oligofreni. În descrierea defectelor de vorbire, West, Kennedy și Carr evidențiază existența unei voci slabe, a unei vorbiri total sau parțial neinteligibile, ca urmare a articulației defectuoase, cât și a deficiențelor gramaticale, sintactice și semantice. În același timp, ritmul, debitul, intensitatea și timbrul vorbirii sunt dezagreabile.

Și din cercetările efectuate la noi, în școlile ajutătoare, rezultă un procent ridicat al tulburărilor de limbaj. Astfel, Gh. Radu (2000, pag. 200-201) constată că din totalul elevilor investigați 57% prezintă tulburări de limbaj, iar din acestea, tulburările de pronunție ocupă proporția cea mai mare. În paralel, se constată o scădere a tulburărilor respective, pe măsură ce elevii înaintează în vîrstă și clase; de la 57% la clasa I, la 16 % în clasa a VI-a. Faptul se explică atât prin

contribuția activităților logopedice și a procesului de instrucție, în general, la corectarea tulburărilor de limbaj, cât și prin tendința de maturizare a organelor fonoarticulatorii și a motricității fine implicate mai cu seamă în desfășurarea scrisului. La debilul mintal, tulburările de limbaj nu sunt izolate; în cele mai multe cazuri, ele sunt asociate nu numai cu deficitul de intelect, ci și cu cele legate de motricitate și psihomotricitate. De altfel, deficiențele motricității și psihomotricității însotesc tulburările de limbaj și pe fondul intelectului normal, iar corectarea acestor dificultăți se realizează mai ușor, în paralel, și cu rezultate mai bune în recuperare (I. D. Radu, 2000, D. Carantină, 2002). De aici, rezultă și o serie de sarcini speciale și relativ diferite pentru cabinetele logopedice destinate corectării limbajului copiilor cu intelect normal față de cele care funcționează în cadrul școlilor ajutătoare, sarcini pe care le-am analizat într-un studiu anterior, împreună cu Gh. Radu (1988). În acest sens, trebuie subliniat că o activitate recuperativă eficientă, printre-o terapie complexă, presupune colaborarea mai multor specialiști: logoped, kinetoterapeut, asistent social (E. F. Verza, 2002).

Dislalia debilului mintal se prezintă sub forma unei game foarte largi, deoarece omisiunile, înlocuirile, confuziile și deformările se produc fără nici o regulă, ci întâmplător. Deși la deficienții de intelect găsim, în general, aceleași forme ale dislaliei descrise la normali, complexitatea și labilitatea lor este mai accentuată. Într-o cercetare anterioară am constatat că printre cele mai frecvente deficiențe de limbaj, la școlarii mici, se remarcă dislalia, bâlbâiala și disgrafia, iar la școlarii mari, cazurile de dislalie scad, menținându-se ridicat, în schimb, numărul disgraficilor și dislexicilor.

La debilii mintali, la care sunt afectate căile centrale și nucleii responsabili în vorbire, avem de-a face cu dislalia centrală, a cărei simptomatoologie este specifică disartriei. Natura disartrică a dislaliei centrale poate fi pusă în evidență mai ușor la adulții, în timp ce la copii se manifestă sub o formă mai atenuată. La unii debili de intelect, la care se găsesc și malformații ale organelor periferice de vorbire, dislalia devine tot mai complexă și prin prezența unei alte forme: dislalia mecanică sau disglosia (cum se mai numește). Frecvent, la această categorie de subiecți se asociază dislalia centrală cu cea mecanică, constituind o formă greu de corectat.

Dacă la copilul normal există o mai mare posibilitate compensatorie în procesul educării logopedice a vorbirii dislalice, prin preluarea funcțiilor organelor afectate de către traiectele sănătoase, la

deficientul mintal asemenea restructurări sunt limitate și de structurile anatomo-fiziologice ale sistemului nervos central, deficitare.

Elementele de perseverare, caracteristice pentru structurile mentale neevolute, se manifestă și la nivelul limbajului. Perseverarea nu se limitează numai la nivelul sunetelor sau al silabelor cuvintelor. Prezența perseverării nu este un indiciu al tulburărilor de ritm, în cazul deficientului de intelect. În schimb, influențează receptia vorbirii și îi dă o notă dezagreabilă.

Studierea limbajului, ca mijloc și instrument al dezvoltării mentale, așa cum subliniază Vâgotski, sau ca reglator al comportamentului și activității voluntare, cum arată Luria, dănotă că limbajul este privit ca o funcție integrată și integratoare la nivelul psihismului uman. Asemenea cercetări, efectuate, comparativ, la normali și la deficienți de intelect, pot contribui la elucidarea complexei probleme a naturii și rolului limbajului; pe de o parte, și a relațiilor dintre structurile nervoase superioare și funcțiile psihice complexe, pe de altă parte.

La debilii mintali, la care sunt prezente și o serie de tulburări psihice, handicapurile de limbaj sunt mai accentuate și, în general, apar deficiențe atât pe linia limbajului expresiv, cât și a celui impresiv. După manifestarea unor crize, vorbirea acestora devine și mai confuză, ca urmare a repetărilor de sunete (în special cele de la începutul cuvintelor), dând impresia auditorului că sunt prezente tulburări de ritm. În fond, nu este vorba, însă, de bâlbâială, ci de o dislalie caracterizată prin perseverare în emisia sunetelor și chiar a cuvintelor.

3. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de auz

Principala sarcină a educatorilor, care se ocupă de instruirea și educarea deficienților de auz, constă în formarea vorbirii și crearea posibilităților de învățare a limbajului verbal. Pentru această, întregul proces de învățare organizată se bazează pe mimico-gesticulație, labiolectură și, în măsură mai mică, pe dactileme.

Gesturile pot fi naturale, artificiale și indicatoare. Fiecare din aceste categorii de gesturi se folosește în funcție de vârstă subiectului și de nivelul instrucției sale. Pornind de la înregistrarea gesturilor

copiilor, C. Pufan (1982), arată că modificarea gesturilor la surdomuți este influențată de limbajul verbal, de gesturile artificiale ale auzitorilor, de succesele reanalizate pe linia abstractizării și generalizării semnelor (fig.12 și 13).

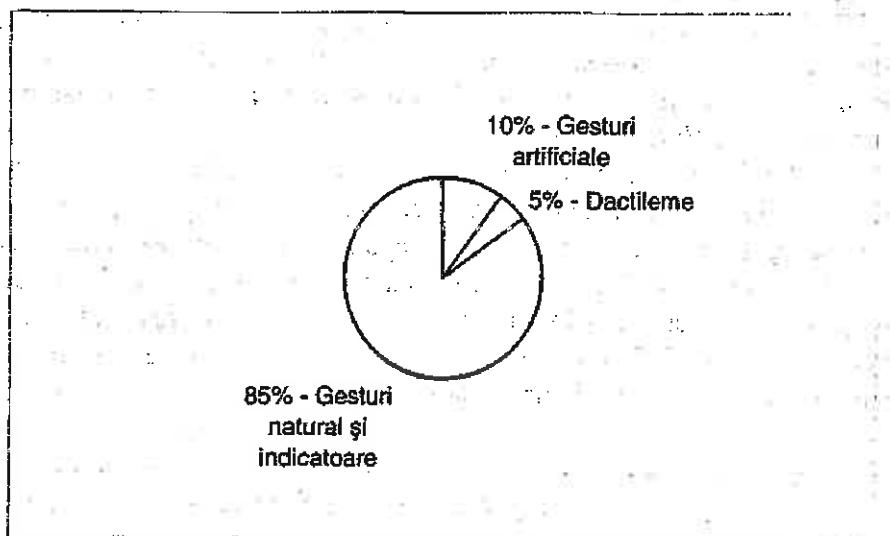


Fig. 12 Componența comunicării surdomutului la vîrstă de 6-7 ani (după C. Pufan)

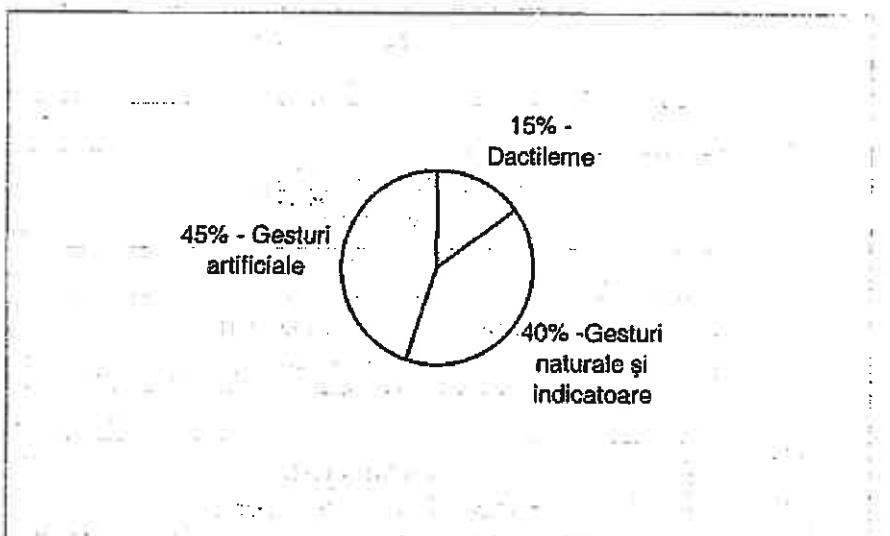
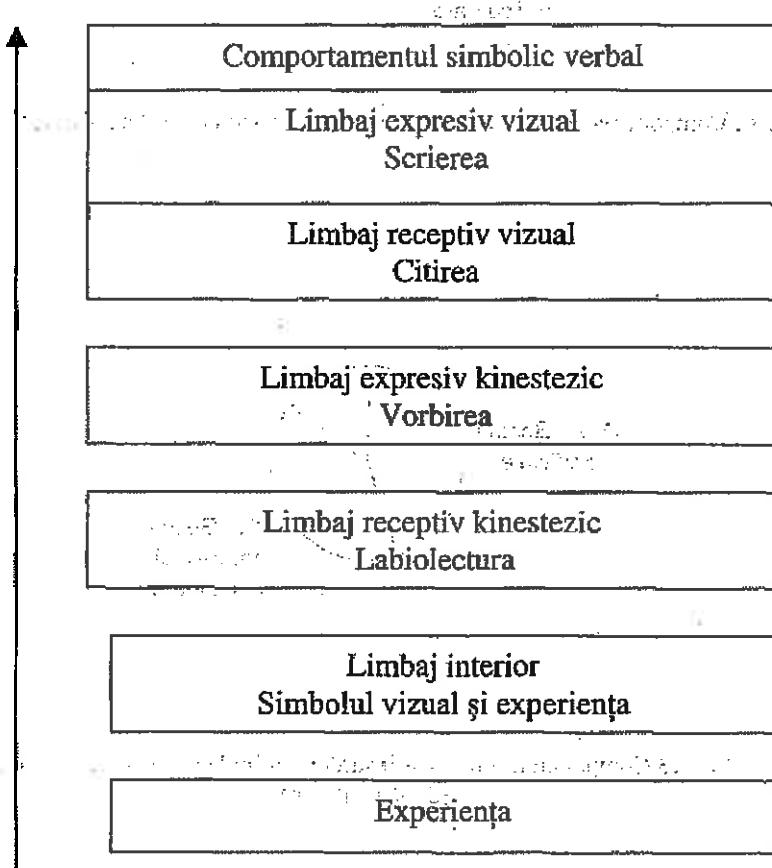


Fig. 13 Componența comunicării surdomutului la vîrstă de 25-30 ani (după C. Pufan)

Oricâtă perfectiune ar atinge surdomutul în utilizarea limbajului mimico-gestual, prin intermediul acestuia nu-și poate exprima foarte nuanțat, complex și precis întregul conținut al gândirii, lucru care devine posibil numai prin limbajul verbal.

Semnalele transmise prin limbajul gesturilor se pot produce simultan, în timp ce semnalele sonore se produc totdeauna succesiv, și prin aceasta se asigură o mai bună discriminare a fonemelor și curintelor (E. Verza, 1977).

La începutul perioadei de demutizare, surdomutul folosește unele cuvinte însușite, dar pentru o exprimare mai bogată apelează la mimico-gesticulație, deoarece este stăpânită mai bine. Pe măsură ce cuvintele se consolidează, se îmbunătățește și pronunția. Cuvintele învățate iau locul exprimării prin gesturi. În formarea limbajului verbal, copilul deficient de auz parcurge o serie de etape, redate sintetic de Myklebustx, în următoarea schemă:



Desigur, lipsa auzului își va pune pecetea asupra vorbirii și după perioada demutizării. S. Borel – Maisonne, caracterizând vorbirea neauzitorilor, arată că intonația, ritmul, debitul sunt deficitare, ceea ce influențează inteligențialitatea vorbirii.

Hipoacuzicii pot percepe, auditiv, unele sunete și cuvinte, ceea ce contribuie la formarea unui vocabular mai bogat și la folosirea corectă a cuvintelor în propoziții. Însușirea cuvintelor și automatizarea lor depinde de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea cât mai frecventă a cuvintelor în activități diverse, de gradul de accesibilitate a cuvintelor, de nivelul și de motivația pentru activitate.

Atât la surzii care folosesc limbajul verbal, cât și la hipoacuzici se creează un decalaj între vorbirea impresivă și cea expresivă, decalaj diminuat pe măsura însușirii și dezvoltării limbajului. Astfel, decalajul de la nivelul expresiei se reduce treptat, deși se mențin multe din dificultățile de exprimare și formulare verbală.

Deficiențele de auz, începând cu cele mai ușoare forme de hipoacuzie, pot provoca diferite forme de dislalie. În hipoacuzia ușoară, subiectul nu poate sesiza diferențele dintre unele sunete, în special ale celor din grupa siflantelor și a șuierătoarelor. În hipoacuzia accentuată, dislalia se extinde asupra majorității sunetelor. Unele profesioni, exercitatate într-un mediu prea zgomotos, pot duce la forme de paracuzie, prin lezarea celulelor auditive. În literatura de specialitate, tulburările determinate de anomalii ale auzului sunt cunoscute sub denumirea de dislalie audiogenă.

Se știe că activitatea analizatorului verbo-motor este dependentă și de analizatorul auditiv, care joacă un rol important în dezvoltarea laturii fonetice a vorbirii. În general, auzul fonematic, specific pentru perceperea sunetelor vorbirii, apare și se dezvoltă, la copilul normal, înaintea dezvoltării capacității sale articulatorii. Distingerea de către copil a componentei fonetice a cuvintelor este esențială pentru dezvoltarea limbajului. În cazul unor deficiențe ale auzului, se creează mari dificultăți în însușirea vorbirii și în special a citit-scrisului. La copiii slab auzitori este foarte importantă perioada în care a survenit hipoacuzia, pentru dezvoltarea auzului, cât și pentru stabilirea diagnosticului (T. A. Vlasova, M. S. Pevzner, 1975, pag. 25). Când hipoacuzia se instalează de timpuriu, copiii respectivi pierd posibilitatea însușirii vorbirii în afara unor măsuri de instruire specială. Instalarea hipoacuziei, după însușirea aproximativă a

vorbirii, determină unele insuficiențe pe linia dezvoltării vocabularului și a posibilităților de pronunție a sunetelor și cuvintelor într-o manieră corectă și melodioasă.

Hipoacuzicii fac frecvente confuzii între consoanele sonore și cele surde, între siflante și ţuiere-țoare, omit începutul sau sfârșitul cuvintelor, nu pot articula combinații de consoane, manifestă deficiențe în structura gramaticală a vorbirii. În vorbirea hipoacuzicilor, sunetele surde sunt și mai lipsite de sonoritate, căpătând caracterul vorbirii în șoaptă. Deși în limba română accentul cuvintelor este mai puțin sesizabil, el joacă, totuși, un rol important în precizarea sensului frazei. La hipoacuzici, fenomenul de accentuare a silabelor și chiar a cuvintelor se manifestă deficitar, în special prin nepronunțarea clară a terminațiilor. Nerespectarea accentului determină perceperea unei vorbiri nemelodice sau stridente. În comunicarea verbală, hipoacuzicii se sprijină și pe mimico-gesticulație. Ei caută, mai mult ca surdomuți, să găsească forme variate și noi elemente care să-i ajute în exprimarea gândurilor. Nici la surdomuți, mimico-gesticulația nu se manifestă identic la toți subiecții; ea suferă o serie de transformări, de perfecționări, cu scopul de a găsi cele mai adecvate forme de exprimare. Caracteristic pentru limbajul gestual al surdomuților este existența unei sintaxe aglutinate și a unor semne relationale (P. Oléron). „În condițiile activității școlare, sub impulsul necesității de a înțelege și de a se face înțeleși în ceea ce-și comunică, deficienții de auz acceptă, și, în același timp, abandonează anumite semne pe care cândva le foloseau, contribuind la formarea unui sistem mimico-gesticulator unitar.” (C. Pufan, 1972, pag. 71-72). Spre deosebire de surdomuți, hipoacuzicii comunică, în principal, prin limbaj. Odată cu învățarea citit-scrisului, gama comunicării verbale se diversifică și se nuancează prin folosirea unui vocabular mai bogat și mai adecvat, dar și prin creșterea posibilităților de folosire corectă și coerentă a propozițiilor și frazelor.

În raport cu gravitatea hipoacuziei, anumite caracteristici dislalice se accentuează. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt:

- 1) omisiunea unor sunete și, în special, a articolului;
- 2) omisiunea unor grupuri consonantice și chiar a unor cuvinte cu articulație complexă;
- 3) deteriorarea unor sunete și cuvinte care, în anumite situații, schimbă sensul contextului sau fac neinteligibilă vorbirea;

- 4) substituirea unor sunete prin altele, este un fenomen care se produce frecvent, iar mai rar are loc și substituirea unor cuvinte;
- 5) accentul cuvintelor se face la întâmplare;
- 6) multiplicarea anumitor sunete în cuvânt;
- 7) prelungirea unor sunete, dând impresia că sunt cântate;
- 8) introducerea unor sunete „parazite” în cuvânt (i, î) etc.

La surdomuții demutizați sau în curs de demutizare, toate aceste deficiențe dislalice, ca și alte tulburări ale limbajului, au o frecvență mult mai mare. Unele din ele dispar, pe măsura activității logopedice, dar și ca urmare a dezvoltării vorbirii. În aceeași ordine de idei, subliniem că la această categorie de subiecți, deficiențele de vorbire respective au un caracter mai rezistent la corectare, nu numai din cauza lipsei auzului, dar și a posibilităților reduse de analiză și sinteză a gândirii, a particularităților concret-intuitiv ale gândirii. În general, la slab auzitori, însușirea sunetelor se face printr-un mare consum de energie. Mai ușor se realizează articularea sunetelor explozive, în timp ce sunetele fricative necesită o perioadă mai îndelungată de formare. De exemplu, sunetele s și ș se formează, adeseori, addental, fiind ca un ț. Alteori, sunetul s se formează palatal sau lateral.

Calitatea și cantitatea vorbirii slab auzitorilor depind și de aptitudinea individuală psihолingvistică, de gravitatea deficienței, de perioada în care a survenit deficiența. În literatura de specialitate, se apreciază de către diferiți autori că anul al șaptelea al vietii se află la graniță. Copiii care au pierdut auzul mai de timpuriu își pierd vorbirea. Dacă pierderea auzului survine după această vîrstă copilul păstrează vorbirea, dar apar o serie de tulburări ale pronunției și dificultăți în însușirea limbajului.

În procesul instructiv-educativ de formare și dezvoltare a vorbirii, surdologia din țara noastră se bazează pe o serie de principii, privind ordinea de învățare a fonemelor în timpul demutizării (V. Tărdea, 1974, pag. 69). Acestea sunt:

- respectarea principiului de dezvoltare naturală a vorbirii;
- respectarea accesibilității, adică a învățării gradate, de la sunetele, care se pronunță ușor, la sunete, cu o pronunțare mai dificilă;

- respectarea particularităților fiziole și fonetice caracteristice pentru pronunțarea fiecărui sunet, în aşa fel încât fiecare sunet însușit să poată constitui un ajutor în elaborarea sunetului următor;

- respectarea însușirii sunetelor în succesiune, ca, de altfel, și în învățarea cuvintelor și a propozițiilor.

La învățarea limbajului oral și scris, un rol important îl are și abilitatea subiectului de a folosi corect dactileme (fig. 14a. și 14b.) C. Pufan apreciază că numărul dactilemelor este relativ la fel cu cel al grafemelor, dar mai mic decât al fonemelor, iar I. Stănică (2001) este de părere că pentru unele grafeme, cum ar fi v, m, n, c, l, o; v semnul poate exprima exact forma acestora, în timp ce pentru alte grafeme (a, i, p, r, j etc.) semnele sunt parțial convenționale.

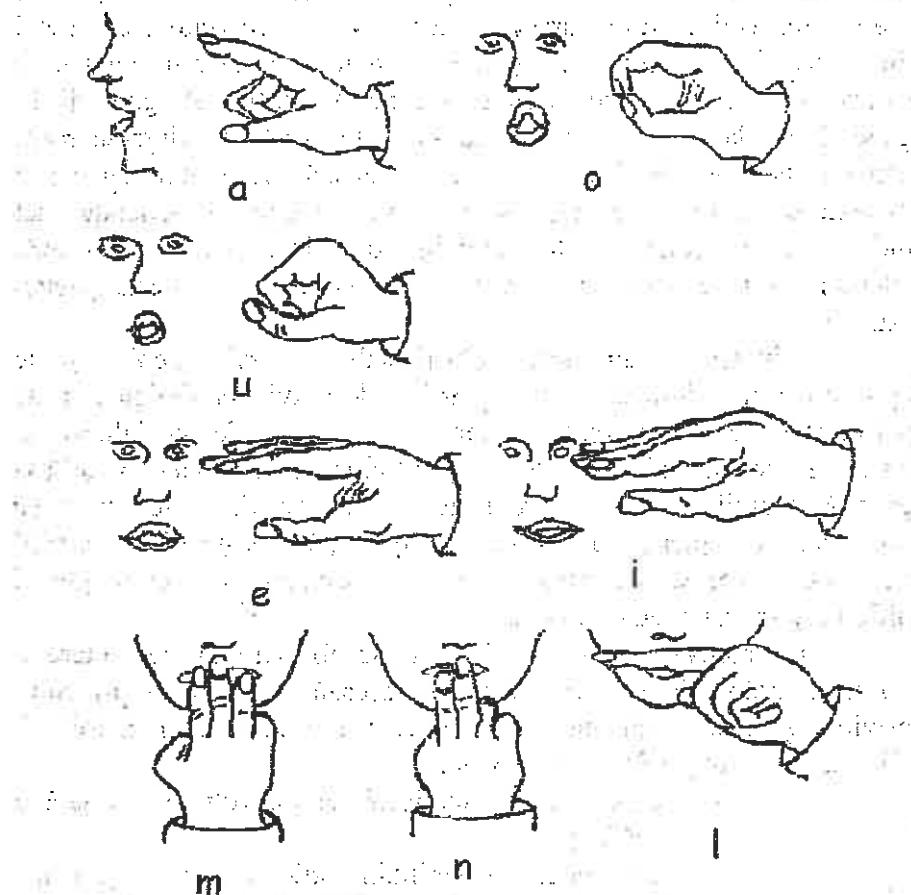


Fig. 14a.

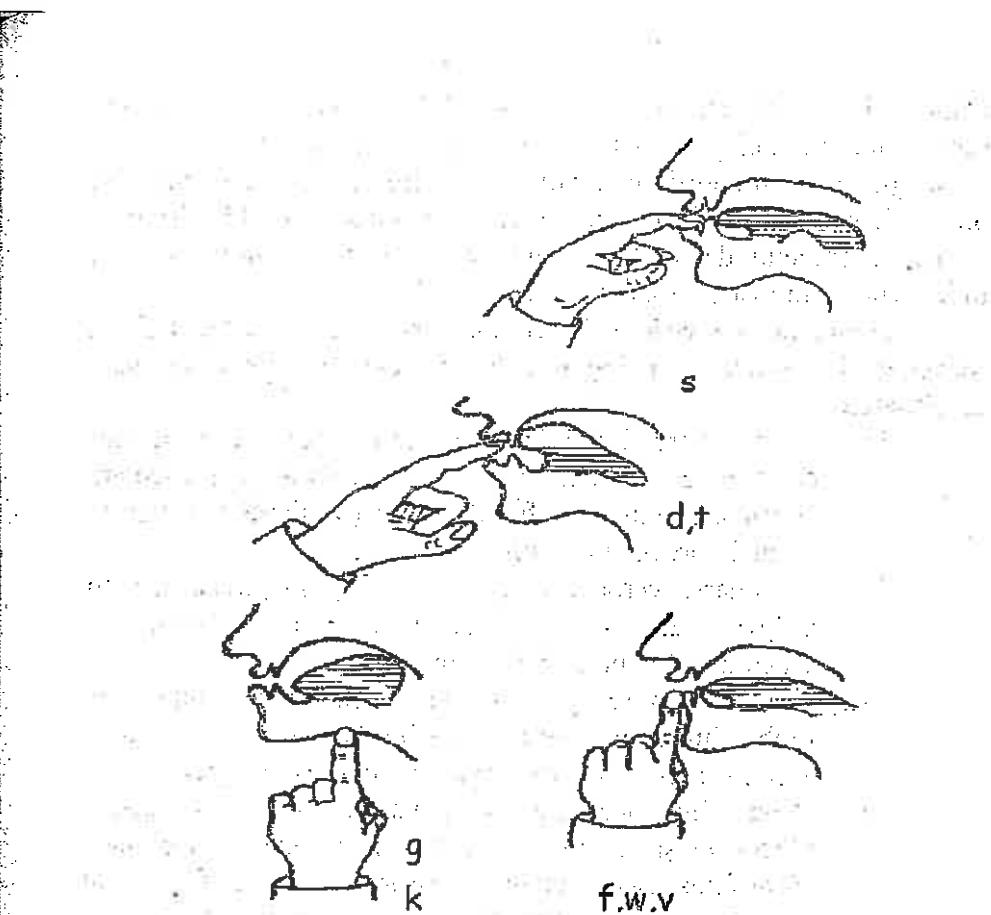


Fig. 14b.

În învățarea vorbirii de către surzi și hipoacuzici este necesar să se corecteze tulburările pronunției, îndată ce ele apar, pentru a nu se creează condiții favorabile de formare a unor automatisme deficitare. În felul acesta, se stimulează vorbirea și se influențează, pozitiv, dezvoltarea personalității.

4. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de vedere

Având în vedere integritatea analizatorului verbomotor și auditiv la deficienții de vedere, tulburările dislalice se manifestă într-o proporție mai mică, în raport cu alte categorii de deficiență, iar

comparativ cu subiecții cu intelect normal dezvoltat și fără deficiențe senzoriale, la ambliopi și, mai cu seamă la orbi, tulburările limbajului se mențin într-o proporție mai ridicată. Dintre acestea, tulburările de pronunție sunt cele mai frecvente. Dacă limbajul scris-citit în Braille a constituit obiectul de studiu al multor cercetări, vorbirea orală și tulburările ei au fost abordate în mod sporadic.

Deficiența de vedere determină o serie de caracteristici, în formarea și dezvoltarea limbajului. Printre cele mai importante sunt următoarele:

- 1) în dezvoltarea limbajului, se manifestă un ritm lent, ceea ce face ca în perioada anteprescolară și preșcolară vorbirea copilului să fie săracă, vocabularul redus și cu multe imprecizii în pronunțare;
- 2) exprimarea verbală nu este însoțită și susținută, în mod adecvat, de mimico-gesticulație, că element ce accentuează expresivitatea comunicării;
- 3) deficiențe în receptia și înțelegerea unor nuanțări ale limbajului, ca urmare a imposibilității percepției vizuale a mijloacelor de exprimare a mimico-gesticulației;
- 4) slaba funcționalitate a legăturii dintre imaginile obiectelor și noțiunile care le desemnează, ceea ce face să se folosească cuvinte ale căror conținut și sferă să nu coincidă cu imaginea concretă (W. Roth, 1973, pag. 150).

Tulburările de pronunție ale ambliopului și nevăzătorului pot fi determinate de aceleași cauze care acționează și în cazul normalului. În plus, cauzele care provoacă deficiența vizuală pot avea influențe negative și asupra dezvoltării limbajului. Pe lângă acestea, imposibilitatea imitării vizuale a mișcărilor articulatorii generează lipsa de sincronizare și modulare corectă a aparatului fonoarticulațor, specific pronunțării sunetelor. Sunt afectate, în primul rând, acele sunete care presupun mișcări organice fine: r, l, s, ș, z, j, f, v, p, b, m, n etc. Fenomenul cel mai frecvent întâlnit, la ambliopi și orbi, în cadrul tulburărilor dislalice, este acela al deformării sunetelor și al omisiunii lor. Omisiunile apar, într-o proporție mai mare în grupările bi- și triconsonantice, ca de exemplu, cr, șt, mn, rg, srt, ltf, ltm. Substituirile se produc mai des la nivelul silabelelor, al diftongilor și triftongilor. Cele mai frecvente substituirile sunt de tipul: r-l, c-g, f-v, s-ș, ș-z, s-j, f-p, ghe-ge, m-n, c-t, v-b etc. Tot atât de frecvent apar, în vorbirea nevăzătorilor și a slab-văzătorilor, adăugirile de sunete la nivelul

cuvintelor, fenomen întâlnit rar în limbajul normalilor. Vocalele - în special i și î - sunt adăugate la sfârșitul cuvintelor. Atunci când conținutul celor exprimate este mai dificil sau când deficierțul nu înțelege destul de bine noțiunile cu care vehiculează și nu le poate raporta la imaginea concretă, în vorbirea sa apar o serie de cuvinte parazite și/sau repetări de sunete. Accentuarea dislaliei silabelor și a cuvintelor determină dificultăți sporite în înțelegerea vorbirii persoanelor din jurul lor, pe de o parte, iar pe de alta, exprimarea și inteligențialitatea devin greoaie.

Slaba dezvoltare și tulburările vorbirii sunt consecința unor condiții psihologice și sociale. Lipsa de stimulare sau slaba preocupare a familiei pentru dezvoltarea vorbirii copilului face ca la intrarea în școală să nu dispună de sistemul fonetic al limbii. În asemenea situații, sunt necesare măsuri psihopedagogice speciale care să fie corelate cu preocuparea susținută pentru îmbogățirea experienței practice a copilului, a percepțiilor, a reprezentărilor și a imaginatiei. Pentru aceasta, este nevoie de pricepere și de tact pedagogic, astfel încât să se creeze, la copil, condiții interne favorabile, necesare pentru a-l face să trăiască, afectiv-emotional pozitiv, succesul și să-i stimuleze interesul de a folosi vorbirea. Colectivul de copii este mediul cel mai adecvat, atât pentru stimularea vorbirii și învățarea ei, cât și pentru refacerea încrederii în propriile forțe, pentru dezvoltarea personalității.

La ambliopi, dar și cu seamă la nevăzători, tulburările limbajului sunt mai frecvente în sfera scris-cititului, chiar dacă aceștia învață în Braille. Unii autori citează pentru slabă văzători 6,7% logopati, în școala primară, 7,8% în școlile speciale de orbi și 20%, în rândul nevăzătorilor de vîrstă preșcolară. Alii autori indică cifre mult mai mari ale tulburărilor de limbaj printre nevăzători. Astfel, S. M. Stinchfield, într-o cercetare pe o populație de 404 elevi din două școli de orbi din S.U.A., a depistat 49% logopati, în majoritate dislalici; G. Lux a depistat, din 87 de orbi, 44 de elevi cu sigmatisme, și 16 care nu puteau diferenția sunetele m-n. A. Peiser arată că în școlile de orbi din Germania există subiecți logopati în proporție de 8,3% până la 32,5% și, în fine, W. Elstner găsește, la Școala de orbi din Viena, 39 de elevi cu tulburări de limbaj din totalul de 90 de elevi. Dintre cei cu logopatii, majoritatea aveau tulburări de vorbire cumulate; 80% din ei erau dislalici.

La noi, există o statistică efectuată de W. Roth și E. Neagu pe un lot de 219 copii de grădiniță, din școala generală și de la liceul din Cluj-Napoca. Se constată, cu acest prilej, că la 20 de copii în vîrstă

de 5-10 ani, există 80% tulburări ale vorbirii; la 83 de elevi din clasele I-IV, în vîrstă de 7-14 ani, apar, la 28,91 % defecte de vorbire; la 117 elevi din clasele V-X, în vîrstă de 12-22 ani, apar 15,51 % tulburări de vorbire. Autorii își explică reducerea tulburărilor de vorbire, la copiii școlari, prin contribuția procesului instructiv-educativ la formarea unei pronunții corecte.

Cele mai numeroase dificultăți de pronunție, dublate de o slabă dezvoltare a vorbirii, apar la nevăzătorii congenitali și la cei care și-au pierdut vederea la o vîrstă timpurie. Aceasta poate determina luarea în considerație a importanței factorului vizual în formarea pronunției corecte și sublinierea faptului că integritatea acestuia influențează pozitiv dezvoltarea limbajului, nu numai a celui scris și citit, dar și a vorbirii orale. Dacă avem în vedere și influența negativă pe care o exercită deficiențele asupra personalității subiectului și dacă înțelegem rolul important pe care îl joacă personalitatea armonios dezvoltată în însușirea vorbirii, atunci putem să ne dăm seama de ceea ce înseamnă integritatea funcțiilor senzoriale pentru dezvoltarea întregului psihism uman.

Lipsa totală sau limitarea percepției vizuale nu permit reactualizarea reprezentărilor mișcărilor fonoarticulatorii necesare pronunției. Orbii congenitali își formează imagini mintale ale aparatului articulator pe baza analizatorilor tactil-kinestezic și auditiv care, la început, nu sunt suficient de dezvoltăți și nu pot compensa lipsa vederii. Cu timpul, percepția tactilă devine principala modalitate care furnizează informații cu privire la mișcările aparatului articulator. Dar pentru fixarea unor imagini unitare, de sineză, percepția tactilă trebuie organizată și dirijată astfel încât să se desfășoare succesiv și selectiv.

Percepția vizuală joacă un rol important și în percepția vorbirii. Deși principala modalitate de recepție a vorbirii este cea auditivă, s-a dovedit, experimental de către o serie de autori (Pollack, Sumbry, O'Neill, M. Durand), că observarea feței vorbitorului și a mișcărilor buzelor acestuia prezintă o deosebită importanță pentru identificarea și discriminarea fonetică și a conținutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972). Este un fapt de necontestat că expresivitatea feței, mimica, pantomimica, gesturile, care însoțesc vorbirea, fie că ajută la exprimarea conținutului, fie că dau sensuri noi comunicării cuprinse în vorbire.

Se știe că în ontogeneză există o legătură directă între dezvoltarea motricității și evoluția limbajului. Or, dezvoltarea

motricității se face într-un ritm lent, ca urmare a lipsei vederii. Vederea exercită o influență dominantă și integratoare asupra dezvoltării motricității generale și speciale (D. Damaschin). Datorită vederii, copilul are posibilitatea să imite o serie de mișcări și să-și controleze propriile sale acțiuni; printre acestea, mersul are o importanță deosebită. Prin urmare, vederea contribuie la organizarea mișcărilor, nu numai a celor generale, dar și la elaborarea unor acte de conduită motorie. Copilul nevăzător efectuează, cu greutate, mișcări fine ale aparatului fonoarticulator pentru pronunțarea corectă a sunetelor. Ca urmare a acestor condiții psihofiziologice, vorbirea copilului orb congenital apare cu câteva luni mai târziu față de vorbirea copilului normal. Hvatțev arată că la copilul nevăzător, mișcările mimico-gesticulatorii rămân în urma dezvoltării intelectuale, comparativ cu ale celui văzător și că, în general, orbi denaturează articularea, prin executarea unor mișcări inutile cu buzele, cu limba, cu față. În producerea unor sunete, nevăzătorii se folosesc de mișcările altor organe decât cele obișnuite: sunetul încearcă să-l emite cu ajutorul buzelor și nu cu limba, așa cum este normal.

În urma unei activități logopedice calificate, dislalia nevăzătorului se poate corecta, devenind o vorbire normală. În corectarea dislaliei la nevăzători și la ambliopi, un rol deosebit de important îl au procedeele generale, care pregătesc, din punct de vedere psihofiziologic, organismul pentru aplicarea metodelor strict logopedice. Metodele și procedeele descrise, pentru corectarea dislaliei normalului se pot aplica cu succes la orbi și la ambliopi, în scopul formării pronunției corecte și al dezvoltării vorbirii.

Capitolul VII

CONVERGENȚE ȘI DIVERGENȚE ÎN DISLALIE, RINOLALIE ȘI DISARTRIE



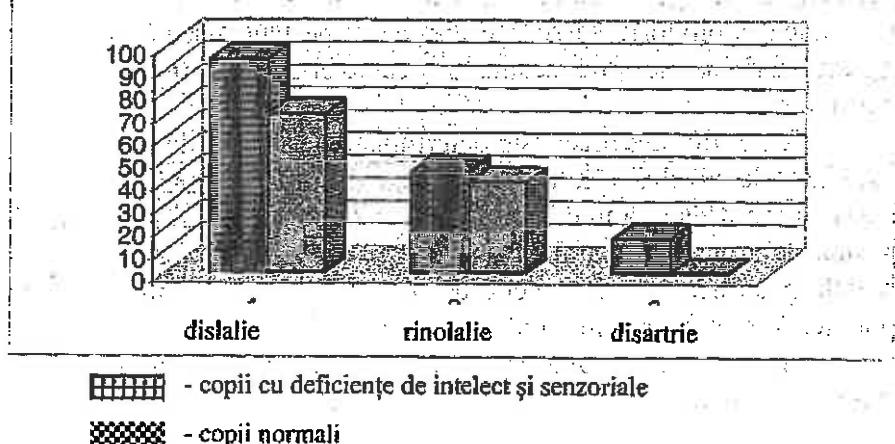
1. Perspectivă generală asupra elementelor comune și specifice

Atât în dislalie, cât și în rinolalie și disartrie, există o serie de elementele comune și altele specifice. Deosebirile și asemănările pot fi privite în două planuri: pe de o parte, din punctul de vedere al etiologiei, iar pe de altă parte, din punctul de vedere al simptomatologiei, al manifestărilor caracteristice dislaliei, rinolaliei și disartriei. Având în vedere aceste particularități, în literatura de specialitate, unii autori înglobează rinolalia și disartria în dislalie, în timp ce alții descriu trei tulburări de vorbire distințe. Ca atare, terapia dislaliei, rinolaliei și disartriei este fie comună, fie diferită, cu elementele generale predominante în corectarea tulburărilor de respirație și cu elemente particulare, în funcție de caracteristicile celor trei deficiențe. După cum rezultă din cele ce urmează, ca și din clasificarea tulburărilor de limbaj enunțate anterior, noi considerăm că, cele trei tulburări de pronunție sunt distințe, atât prin etiologie, cât și prin simptomatologie, cu toată existența unor elemente comune.

Dislalia și rinolalia le considerăm ca fiind două tulburări de vorbire cu elemente specifice, dar și cu o serie de aspecte comune, mai ales în domeniul articulației și emisiei sunetelor. Din punct de vedere etiologic, există factori care provoacă, în exclusivitate, rinolalia sau dislalia, dar sunt și o serie de cauze care determină atât fenomene dislalice, cât și fenomene rinolalice. Pornind de la aceste premise, metodele și procedeele de corectare a vorbirii dislalice se pot folosi

eficient și în activitatea cu rinolalicii, pentru înlăturarea tulburărilor de pronunție. În același timp (concomitent sau după corectarea fenomenelor dislalice), se pot utiliza metode specifice și pentru corectarea altor deficiențe caracteristice în rinolalie, pe care le vom evidenția în continuare. O situație similară apare între dislalie și disartrie, în ideea că și între cele două tulburări pot fi desprinse elemente comune și diferențiale, atât pe planul etiologiei și al manifestărilor, cât și pe cel al terapiei logopedice, dar mai ales al impactului disartriei asupra evoluției activității psihice a subiectului. Pe acest plan, subliniem că sunt și unele diferențe, cu implicații fundamentale în definirea concepțiilor de rinolalie și disartrie. Am putea aprecia că prin simptomatologia caracteristică, rinolalia face trecerea de la dislalie la disartrie și este chiar mai apropiată de aceasta din urmă. Totuși, în formele ușoare de rinolalie și disartrie este dificil de a trasa o linie de demarcare fermă între acestea și o dislalie, deoarece o primă caracteristică evidentă este aceea a existenței tulburărilor de pronunție (de emitere, de articulație), localizate, în principal, la nivelul sunetelor, al silabelor și al cuvintelor, în funcție de gravitatea și extinderea dificultății respective. Tulburarea de pronunție devine deosebit de complexă în cazurile în care, la același subiect, sunt prezente toate cele trei tulburări sau unele manifestări, mai mult sau mai puțin partiiale, din fiecare, mai cu seamă, dacă acestea apar pe fondul unui handicap de intelект sau senzorial (vezi imag. de mai jos).

Frévența tulburărilor de pronunție la copiii de vârstă școlară mică, normali, comparativ cu cei cu deficiențe de intelект și senzoriale.



2. Relație și ierarhizare în rinolalie

Am văzut care sunt principalele fenomene în dislalie, etiologia care o determină, cât și unele caracteristici comune cu cele ale rinolaliei. O serie de aspecte, dintr-o perspectivă similară, vor rezulta din analiza rinolaliei, la care ne vom referi în continuare. Același lucru îl vom face, în continuare, și în ceea ce privește disartria, pentru ca, în final, să abordăm metodele și procedeele cele mai adecvate folosite în terapia dislaliei, dar care sunt valabile și în corectarea pronunției deficitare în rinolalie și disartrie. Desigur, nu vom evita sublinierea și a unor procedee cu caracter particular pentru rinolalie și disartrie, mai ales că trebuie să se pună un accent sporit și pe stimularea activității psihice generale.

Pe lângă tulburările de pronunție specifice dislalicilor, în rinolalie există o serie de deficiențe, care constau în tulburarea rezonanței sunetelor și a vocii, cu caracteristici predominant nazale, care este cunoscută și sub denumirea de voce fonfăită. Nazalizarea vorbirii, a sunetelor în primul rând, este o caracteristică specifică rinolaliei. Așadar, în rinolalie, tulburările de fonație coexistă cu cele de articulație. Deficiențele vocii apar ca fenomene secundare în rinolalie și numai în cazurile grave.

Profunzimea tulburării și grupul de sunete afectate în rinolalie sunt în funcție de tipurile sau formele acesteia. Astfel, rinolalia se poate împărti în: **rinolalie aperta**, numită și deschisă, în care suflul aerului necesar pronunțării sunetelor se scurge pe cale nazală, **rinolalie clausă** sau închisă, când unda expiratorie, necesară pronunțării sunetelor nazale (m, n), este împiedicată să treacă pe cale nazală și se scurge pe trajectul bucal, și **rinolalia mixă**, sau mixtă, în care unda expiratorie se scurge alternativ pe cale bucală și pe cale nazală, fără să se țină seama de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

Rinolalia deschisă este determinată de o serie de malformații, localizate la nivelul vălului palatin sau de insuficientă dezvoltare a acestuia (ca urmare a unor boli infecțioase), de vegetații adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicateurile labiomaxilo-palatine, care, în funcție de profunzimea și de întinderea lor, pot afecta în mod grav inteligibilitatea vorbirii.

Aceste cauze provoacă o *rinolalie deschisă de tip organic*, în timp ce *rinolalia deschisă de tip funcțional* este cauzată de

incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului palatin și a mușchilor faringo-nazali, care nu reușesc să realizeze închiderea necesară între cavitatea bucală și cea nazală. De asemenea, rinolalia deschisă funcțională mai poate fi provocată și de imitarea vorbirii unor persoane rinolalice, mai cu seamă la copii, în perioada de însușire a vorbirii, de neexersarea vălului palatin și a mușchilor, ca urmare a unor deficiențe ce au fost înălțurate (de exemplu, înălțurarea chirurgicală a vegetațiilor adenoide, a polipilor etc.). În cazuri mai rare, vorbirea rinolalică de tip funcțional poate fi determinată și de tulburări ale respirației, caracteristice bâlbâiților și tabilalicilor, dar manifestările sunt ușoare și apar, în cele mai multe cazuri, ca fenomene secundare. Nu vom face analiza detaliată a acestor malformații congenitale și nici a altor cauze care se găsesc descrise amănunțit în literatura medicală și logopedică. Amintim numai ceea ce este absolut necesar pentru punerea în evidență a fenomenelor anunțate și înțelegerea locului ocupat de rinolalia în cadrul tulburărilor de pronunție.

Despicăturile palatine, care provoacă tulburări rinolalice cuprinse și sub denumirea de palatolalie, determină o nazalitate accentuată și o tulburare articulatorie pronunțată. Gutzman, Seeman, Hvatțev, Arnold sunt de părere că palatolalia este o dislalie mecanică în care predomină deficiențele în pronunțarea sunetelor. În această situație, vălul palatin nu-și poate îndeplini funcția de separare a cavitații bucale de cea nazală și nici să închidă orificiul respectiv prin mișcări sincronice, ceea ce duce la schimbarea istmului velo-faringian și, prin aceasta, rezonanța sunetului este afectată. Astfel, apare nazalizarea. Spre deosebire de dislalie, în rinolalia organică, tulburările de pronunție se extind atât asupra consoanelor, cât și asupra vocalelor. În felul acesta, au loc deformări, substituiri, omisiuni de sunete cu un mare grad de labilitate. Consoanele explozive, dar mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu sunete nedeschisite, care iau naștere prin participarea glotei sau mai exact printr-un „coup de glotte”. Mai puțin afectate sunt consoanele p și b, t și d, dar în multe situații b este înlocuit cu m, iar d este înlocuit cu n; t este omis. În palatolalie, consoanele orale se pronunță cu un accent nazalizat sau pur și simplu sunt omise din vorbire. Frecvent, sunt omise și consoanele c-g, acestea fiind înlocuite cu niște sunete asemănătoare celor parazitare din vorbirea normalilor (ii). Consoanele fricative sunt pronunțate cu un accentuat suflu nazal (deperdiție nazală), ceea ce duce la afectarea profundă a sonorității fricative, prezența

componentei nazale devenind supărătoare. Sunetele cele mai afectate, ca de altfel și în dislalie, sunt cele din grupa siflantelor, deoarece pronunțarea lor presupune o undă a suflului puternică și concentrată care nu se poate realiza din cauza scurgerii aerului prin cavitatea nazală. În cazul acesta, siflantele sunt omise, dând impresia că se „pierd” pe parcursul pronunției sau că sunt înlocuite cu un sunet „spart”.

Spre deosebire de această accentuată labilitate, caracteristică rinolaliei, când, de fapt nu pot fi prevăzute tipurile de manifestări (substituiri, omisiuni etc.), orice fiind posibil și chiar diferit de la un caz la altul, în dislalie, după cum s-a văzut, deformările, omisiunile, substituirile și chiar adăugirile se produc după unele reguli, cum ar fi:

- substituirea unui sunet cu un alt sunet apropiat, ca emisie, care presupune mișcări ale elementelor aparatului fonoarticulator relativ asemănătoare;
- deformarea sunetelor cu un grad mare de dificultate în emitere și o sincronizare mai deosebită între componentele aparatului fonoarticulator;
- omiterea sunetelor „dificile” și care apar mai târziu în dezvoltarea ontogenetică a copilului;
- omiterea, deformarea și substituirea sunetelor care se află în grupuri consonantice bi- și trisilabice;
- frecvent, dislalia se localizează la nivelul sunetelor, în timp ce rinolalia se poate extinde și la nivelul silabelor.

În rinolalia deschisă sunt afectate, mai mult sau mai puțin, și vocalele, în timp ce în dislalie, tulburările lor sunt rar întâlnite sau sunt neînsemnate. Cel mai profund sunt afectate vocalele î, i, u, iar cel mai puțin, vocala a. Prin tulburarea vocalelor, vorbirea devine deosebit de dezagreabilă, datorită prezenței accentului exagerat. S. Borel-Maisonny arată că prin aceasta, vocea capătă un timbru atât de neplăcut încât se poate compara cu pronunțarea dintr-un butoi.

În rinolalia deschisă, cel mai puțin sunt afectate sunetele m și n, deoarece pronunțarea lor normală se efectuează prin participarea preponderentă a căii nazale.

Fenomenele specifice rinolaliei organice deschise se întâlnesc și la rinolalicii de tip funcțional, numai că amplitudinea și gravitatea sunetelor tulburate sunt mai diminuate. În rinolalia deschisă funcțională, apar fenomene frecvente și inversări de sunete sau silabe, ca urmare a lipsei de sincronizare și precizie a aparatului

fonoarticulator în timpul emisiei. În dislalie, apar fenomene similare și datorită lipsei de exercițiu a aparatului fonoarticulator.

Spre deosebire de rinolalia deschisă, în rinolalia închisă sunt prezente, pe lângă tulburarea de pronunție și deficiențele de rezonanță nazală, în sensul lipsei rezonantei nazale, provocată de suflul de aer care nu poate parcurge cavitatea nazală. În cazul acesta sunt afectate, în primul rând, sunetele nazale (m și n), care erau mai puțin tulburate în rinolalia deschisă. Sunetele nazale, fie că sunt omise, fie că sunt substituite cu b și d. În rinolalia închisă de tip organic, unda expiratorie este împiedicată total sau parțial să iasă pe cale nazală, din cauza unor deficiențe ale cavității faringo-nazale provocate de vegetațiile adenoide, polipi, deviații de sept etc. După adenoidectomizare se diminuează „sforăitul” nazal, dar se poate menține nazonarea sunetelor. Sforăitul nazal influențează pronunția majorității sunetelor și în special a celor siflante. și hipoacuzia poate determina fenomene rinolalice, dar predomină tulburările de pronunție caracteristice dislaliei prin substituirea majorității sunetelor cu consoanele: p, b, v, g, s, j. Rinolalia închisă de tip funcțional apare în urma funcționării defectuoase a mușchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale. Obișnuința și lipsa de exersare, ca și fenomenele de imitație și de lipsă a controlului auditiv, pot determina o vorbire cu caracter rinolalic.

Calea nazală poate fi blocată în zone diferite și, în funcție de această localizare, rinolalia închisă se clasifică în anterioară și posteroară. În rinolalia închisă anterioară sunt blocate narinele, astfel încât nazo-faringele nu poate comunica cu exteriorul prin intermediul cavității nazale. În această formă de rinolalie, principala caracteristică este aceea că sonoritatea sunetelor m și n apare foarte ștersă. Profund afectată este și respirația, ceea ce influențează întreaga vorbire a rinolalicului. La blocarea nazo-faringelui apare rinolalia închisă posteroară. La subiecții cu o astfel de rinolalie, sunetele m și n sunt omise sau înlocuite. De obicei, înlocuirea lui m se face cu b, iar a lui n cu d. Respirația este tot atât de afectată ca și în cazul rinolaliei închise anterioare. Desigur, respirația deficitară influențează negativ și sănătatea subiecțului (M. Sovak).

În rinolalia mixtă, întâlnim la același subiect atât fenomenele caracteristice rinolaliei deschise, cât și particularități ale celei închise, ca urmare a prezenței anomaliiilor de închidere a căilor nazale sau a obstrucției acestora. Natura cauzelor care provoacă rinolalia mixtă poate fi organică sau funcțională. Ea poate fi determinată de

despicături congenitale, care se pot extinde asupra buzei, maxilarului și cavitatei nazale, de vegetațiile adenoide, de deviațiile de sept, de hipotonia velară funcțională etc. Există o mare labilitate în ceea ce privește sunetele afectate. Astfel, rinolalicul poate pronunța, relativ bine, într-o situație și poate deformă, substitui sau inversa același sunet, în altă situație. Vocea rinolalicilor din această categorie are caracteristici nazale, este lipsită de forță și dă impresia că se atenuează spre sfârșitul pronunțării cuvântului, deoarece scade intensitatea vocii. Sonoritatea deficitară, care provoacă tulburarea vocii, este numită de Hvatțev „fonfăire” și se întâlnește nu numai în rinolalia mixtă, dar și în cea închisă sau deschisă, indiferent că este de natură organică sau funcțională.

Tulburările dislalice prezente în rinolalie au un caracter variat, datorită nu numai vîrstei, nivelului de dezvoltare psihică și mediului socio-cultural în care trăiește logopatul, dar mai cu seamă sunt în funcție de cauza care a provocat rinolalia, de momentul intervenției medicale și de rezultatele ei, cât și de particularitățile de personalitate ale subiectului. Astfel, în același tip de rinolalie, la un subiect se pot întâlni forme ușoare și parțiale de omisiuni ale unor sunete (cum sunt cele din categoria siflantelor și fricativelor), în timp ce la alt rinolalic, cu același diagnostic, pot exista fenomene accentuate de paradislalie și diverse tipuri de deformări ale suntelor (în primul rând ale labiodentalelor, siflantelor, fricativelor etc.), cât și omisiuni care fac vorbirea neinteligibilă.

În deficiențele anatomicice, fenomenele principale care determină tulburările dislalice sunt: zgomotul anormal produs de glotă, suflul nazal în timpul pronunției, suflul răgușit și nazonarea suntelor. Zgomotul glotic apare, mai ales, la rinolalicii cu despiciatură de văl palatin și duce la afectarea consoanelor p, d, b, t, c, g, f, v, h, s, ș, z, j. Suflul nazal provoacă cele mai caracteristice fenomene dislalice și, ca urmare, majoritatea suntelor sunt omise, deformate și substituite, cu excepția consoanelor nazale m și n. Prin suflul răgușit sunt omise, preponderent, consoanele (ș, s, f, j, ce, ci, ge, gi) și mai rar consoanele r și l. Nazonarea suntelor determină o voce cu un aspect dezagreabil, caracterizată prin răgușeală, îngroșare și prin înfundare.

În cazurile când la același rinolalic sunt prezente toate cele patru caracteristici, vorbirea este profund alterată, iar înțelegerea ei devine imposibilă. și mai grav este faptul că nici rinolalicii respectivi nu reușesc să înțeleagă bine vorbirea persoanelor normale.

Terapia logopedică a rinolaliei poate fi începută și înainte de intervenția chirurgicală, dar rezultatele cele mai bune se obțin după ce a fost înlăturată sau ameliorată cauza care a provocat tulburarea de vorbire. Un rol deosebit de important îl are folosirea exercițiilor cu caracter general (care sunt descrise pentru corectarea dislaliei), pe care logopedul le folosește nu numai pentru pregătirea handicapului, în vederea utilizării eficiente a metodelor și procedeeelor logopedice, dar și concomitent cu acestea. Așadar, se pot stabili etape (N. Toncescu) pentru corectarea rinolaliei: o primă etapă este cea pregătitoare, în care se vor aplica metode și procedee de pregătire psihică și fizică a handicapului pentru activitatea logopedică; a doua etapă constă în crearea unui tonus afectiv favorabil corectării rinolaliei, iar în a treia, se fac o serie de exerciții logopedice, după principiul corectării dislaliei, pentru ameliorarea sunetelor afectate, ulterior consolidate în cuvinte. Într-o ultimă etapă, are loc exersarea sunetului corectat în propoziții și povestiri, în scopul automatizării și autocontrolui. Spre deosebire de dislalie, în rinolalie activitatea logopedică trebuie să înceapă din perioada formării vorbirii copilului. Este indicat ca la intrarea în școală, copilul să fie tratat nu numai medical, dar și logopedic, pentru a se crea condiții de dezvoltare armonioasă a personalității. Dacă din anumite motive, intervenția chirurgicală are loc mai târziu și vîrsta subiectului impune etapele de parcurgere a constituirii și dezvoltării vorbirii, se poate interveni prin terapie logopedică și se poate continua, cu rezultate bune, după „repararea” sau ameliorarea medicală a deficienței aparatului de emisie. De remarcat că, perioada de vîrstă, apreciată ca fiind cea mai potrivită pentru o intervenție chirurgicală, este diferită de la un specialist la altul. Aprecierile sunt atât de diferite, încât intervalul de vîrstă cronologic variază între $1\frac{1}{2}$ - 2 ani până la 11 - 12 ani. Rațiunile sunt legate de dificultatea unor astfel de operații, de rezistența subiectului la o asemenea intervenție, de necesitatea de a crea un aparat de emisie valid cât mai de timpuriu și a.

3. Relație și ierarhizare în disartrie

Și în cazul disartriei, ca și în cel al rinolaliei, sunt o serie de manifestări asemănătoare dislaliei, dar ele sunt mult mai accentuate, mai grave și cu implicații extinse în desfășurarea conduitei verbale.

Această situație este determinată de etiologia disartriei, în care se remarcă, pe prim plan, disfuncționalitățile căilor centrale și afecțiunile nucleilor nervilor care iau parte la desfășurarea actului de pronunție, apărute, frecvent, în urma unor boli ale creierului sau a leziunilor de la nivelul acestuia. Ca urmare a acestei etiologii, disartria mai este numită și dislalie centrală. Fiind atât de complexă, o atare etiologie, ca și efectele ei, nu se opresc numai la nivelul pronunției, ci perturbă întreaga comunicare, precum și disponibilitățile subiectului de mânuire corectă a componentelor verbale. Astfel, la tulburările de pronunție, în disartrie se adaugă și dificultățile care determină o vorbire neclară și confuză prin prezența disritmilor verbale, a monotoniei, a rezonanței nazale, a disfoniei, în care deficiențele vocii parcurg un traseu regresiv, odată cu înaintarea în vîrstă. *Ca o primă notă specifică disartriei, se poate remarcă decalajul dintre vorbirea expresivă, ce este profund afectată, și vorbirea impresivă, care se conservă mai bine și care permite înțelegerea, relativ bună, a comunicării verbale.*

Afecțiunile cerebrale produse la nivelul diferitelor zone și etaje ale creierului nu perturbă numai limbajul în sine, ci și toate elementele implicate, într-un fel sau altul, la producerea acestuia. Spre exemplu, mișcările fine și chiar grosiere nu au precizia și echilibrul desfășurării sincrone și economicoase, adecvate scopului urmărit. Mișcările aparatului fonoarticulator, mișcările implicate în respirație și fonație, cele legate de kinestezia mâinii (cu implicații și în desfășurarea scrisului) etc, nu răspund eficient comenziilor centrale și nu pot fi controlate în toate împrejurările în care se impun, agravând neinteligibilitatea vorbirii disartricului. De cele mai multe ori, subiectul disartric este conștient de aceste dificultăți, ca și de cele care-i afectează vorbirea, ceea ce îl face să depună un efort mai mare pentru înlăturarea lor, dar, paradoxal, tensiunea psihică și neputința depășirii acestor dificultăți, determină accentuarea dereglașajului verbal și psihoneuromotor.

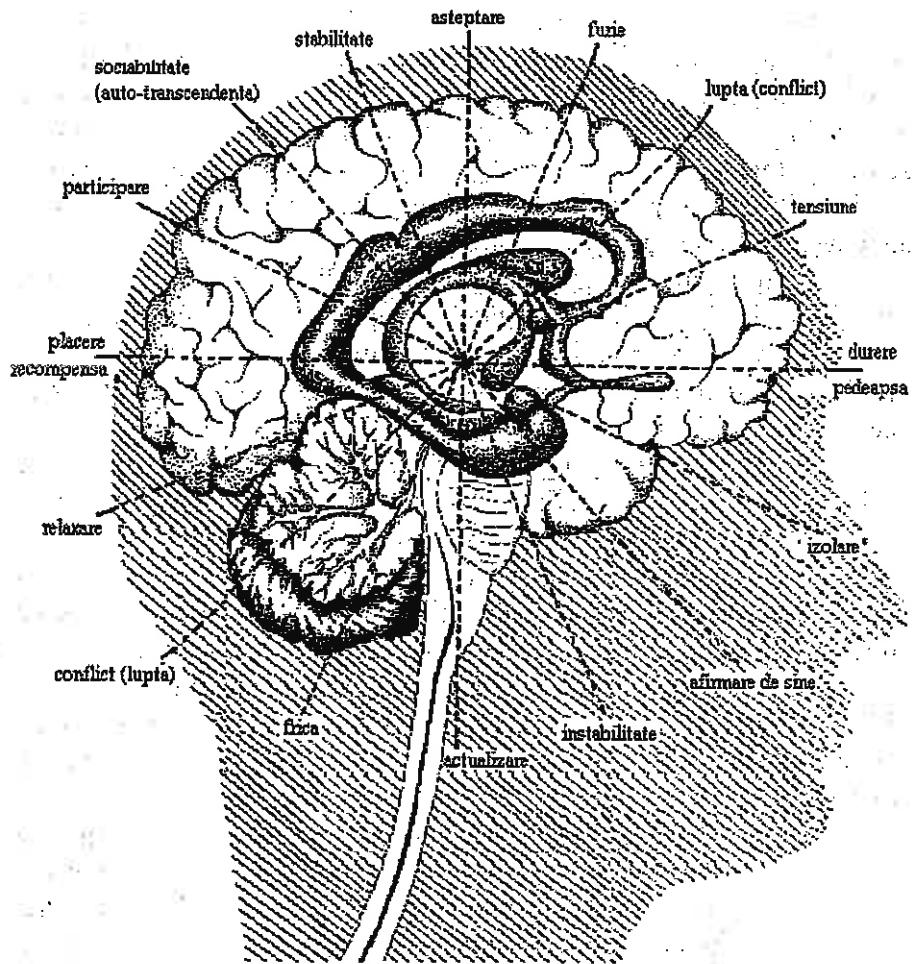
Dată fiind existența unor tulburări de pronunție supradimensionate, diagnosticul diferențial, în disartrie, nu este atât de simplu cum pare la prima vedere. Nu este ușor de pus în evidență specificul afecțiunilor cerebrale și mai ales localizarea acestora la zone bine delimitate, implicațiile diferențelor segmentelor cerebrale în producerea procesului verbal, cât este afectată pronunția (specifică dislaliei) și alte caracteristici ale limbajului, ca urmare a acestora ce se regăsesc în categorii de tulburări difi -ite de cele de pronunție. De aici,

posibile confuzii între disartrie și retardul verbal al deficienților de intelect (unde poate fi o etiologie asemănătoare), dar mai ales confundarea cu afazia motorie și alalia, unde există și o simptomatologie apropiată ca formă de manifestare a dificultăților verbale și nu numai atât. Autori ca H. Gutzman (1911), iar mai târziu, Arnold și Leapedevski au făcut eforturi de definire a disartriei, prin relevarea nu numai a simptomatologiei caracteristice disalaliei, cât și prin sublinierea fenomenelor ce țin de deteriorarea inteligenței, odată cu afectarea caracteristicilor generale în organizarea structurilor verbale. Pe acest plan, și în literatura de specialitate contemporană se evocă numărul relativ mare de nașteri a copiilor cu I.M.C. (infirmitate motorie cerebrală), paralizii cerebrale și care manifestă deficiențe complexe în palierile verbal, intelectual, senzorial și motric, determinând, astfel, confuziile între tipurile de deficiențe.

Pentru a depăși aceste dificultăți de delimitare a disartriei de alte categorii de tulburări ale limbajului și chiar de precizarea locului ocupat de aceasta în cadrul tulburărilor de pronunție, o serie de autori recurg la sublinierea „complicatiilor” psihice care pot fi generate de disartrie, sau, mai bine zis, de structuri neuropatologice specifice disartriei. Aceste caracteristici psihice însoțesc dificultățile verbale; între ele există o relație de intercondiționare, ceea ce înseamnă că, accentuarea și gravitatea produc efecte negative și în celelalte palieri. Acesta este și motivul pentru care putem vorbi de dificultăți generale ale activității psihice la disartriici și de tulburări ale componentelor legate direct de funcționalitatea psihică. În această ordine de idei, se disting următoarele categorii principale de disfuncționalități—tulburări psihice care însoțesc disartria:

- a. Retardul mintal; acesta poate fi grav, îmbrăcând forma unei deficiențe de intelect, dar mai frecvent, o întârziere mintală determinată și de lipsa limbajului și a comunicării, fără a fi o deficiență de tip oligofrenic. În acest ultim caz, subiectul face progrese și pe linie intelectuală, odată cu progresele înregistrate la nivelul limbajului și la nivelul întregii activități psihice. Totuși, trebuie subliniat că afecțiunile cerebrale, care generează fenomenul disartric, determină și alte deficiențe, inclusiv debilitatea mintală propriu-zisă. Unii autori (R. West, A. Carr, 1957) estimează existența debilității mentale la 30 % din totalul disartricilor, în timp ce restul sunt normali din punct de

- vedere intelectual, iar o parte din aceştia se bucură chiar de o inteligență superioară.
- b. Tulburările senzoriale: se produc, fie prin lezarea centrilor nervoși, fie prin afecțiunea căilor senzoriale, care perturbă receptia și răspunsul adecvat la stimulii din mediul înconjurător. Ca atare, însușirea și manifestarea limbajului se realizează cu dificultate.
 - c. Tulburările de motricitate și psihomotricitate ocupă un loc special în cadrul activității disartricului, ele fiind cele mai evidente și mai extinse după dizabilitățile verbale. Ca atare, este afectat mersul și mișcările generale de execuție a unor acțiuni localizate la nivelul unor segmente ale corpului sau pot cuprinde întreaga motricitate. Mișcările fine, care se realizează sub un control central mai pronunțat, sunt cele mai afectate și cum ele sunt implicate în producerea diferitelor forme de limbaj, distorsiunile acestuia sunt direct proporționale cu tulburările psihomotricității. Spre exemplu, deficiența mușchilor aparatului fonoarticulator, a celor intercostali și abdominali, a diafragmului și imposibilitatea coordonării lor de către etajele superioare ale creierului, determină dificultăți majore în emiterea sunetelor și, mai ales, a cuvintelor. În aceste condiții, fenomenele de spasticitate se extind și la nivelul kinesteziei mâinii, a falangelor îndeosebi, ceea ce determină dificultăți și la nivelul formării deprinderilor de scris.
 - d. Tulburările afective au la bază lipsa de echilibru între excitație și inhibiție, ca și imposibilitatea stăpânirii acestor procese. Ca urmare, trăirile afective, emoțiile, afectele, dispozițiile și sentimentele etc. nu pot fi stăpâname, ceea ce face să nu corespundă neapărat factorului declanșator sau să se manifeste exacerbat în împrejurări neadecvate care nu pot fi desprinse din contextul general al acestor trăiri psihice, coordonate de centrii corticali superiori (vezi imaginea următoare). La acestea se mai adaugă și faptul că, de cele mai multe ori, disartricul este conștient de dificultățile ce le întâmpină, dar nu încearcă să le depășească și astfel, frământările și tensiunile interioare îl bulversează și mai mult planul afectiv.



- e. Tulburările psihosociale privesc dificultățile subiecților disartrici în adaptarea la mediul înconjurător și în formarea autonomiei personale. De cele mai multe ori, ei nu își pot forma deprinderi de autoservire și igienico-sanitare care să la confere independentă față de cei din jur, nu își dezvoltă abilități practice de activitate profesională, deoarece dificultățile motricității depășesc posibilitățile lor de autocontrol.

În altă ordine de idei, trebuie subliniat faptul că gravitatea acestor complicații psihice, ca și formele și simptomatologia disartriei, sunt influențate de factorii etiologici ce pot provoca leziuni de anumite profunzimi și întinderi diferite la nivelul sistemului nervos central. Astfel, putem vorbi de mai multe categorii de factori etiologici care, ca și în situațiile altor tulburări de limbaj, acționează în diferite etape ale devenirii subiectului:

1. În etapa prenatală pot acționa factori nocivi, de tipul infectiilor virotice, boli ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, diabetul, iradierea radiologică, unele tulburări psihice grave ale gravidei etc. care au un impact mai mare asupra fătului, cu cât vârsta acestuia este mai mică.

2. În etapa perinatală, dificultățile sunt determinate de nașterile grele, prelungite și de asfixii, de prematuritate (nașterile cu mult înainte de termen și cu o greutate prea mică a fătului);

3. În etapa postnatală pot interveni și mai mulți factori negativi: stări grave de icter prelungit; stări convulsive, intoxicații cu substanțe chimice, apariția unor boli somato-psihice grave și a.

În raport de aceste cauze, se produc leziuni și paralizii centrale diferite, după care, în literatura de specialitate, sunt descrise mai multe forme de disartrie, dar noi ne vom referi la cele mai des invocate și cu frecvență mai mare:

1. Disartria corticală se produce prin apariția deficiențelor de la nivelul scoarței cerebrale, care pot avea la bază meningoencefalita, tulburări vasculare, traumatisme crano-cerebrale; Acestea provoacă, în plan verbal, nu numai dificultăți de pronunție a sunetelor și cuvintelor, dar și accentuate tulburări de ritm și fluentă a vorbirii, de voce și de melodicitate a vorbirii.
2. Disartria subcorticală, în care predomină tulburările căilor extrapiramidale, de unde și existența unor subforme de disartrie piramidală și de disartrie extrapiramidală; Ele prezintă, în plan verbal, o simptomatologie relativ similară. Aceasta cuprinde, printre altele, tulburări de pronunție (în care se găsesc toate fenomenele de tip dislalic), vorbire de tipul rinolalie, tulburări de voce, de ritm și de fluentă a vorbirii, retard verbal și dificultăți de comunicare prin mimică și gestică.

3. Disartria cerebeloasă, determinată de lezuni ale cerebelului și ale căilor cerebeloase. Vorbirea este afectată nu numai sub raportul articulației, ci și sub cel al intensității emiterii (poate fi prea slabă sau prea puternică), dar fundamental-reprezentativ pentru această formă de disartrie este vorbirea neclară, monotonă, bolborosă, greu de înțeles.
4. Disartria bulbară, caracterizată prin tulburările neuronilor motori și ai nervilor din bulb, are efecte negative în coordonarea mișcărilor limbii, a faringelui și a laringelui, a celor legate de respirație și de inervare a cavității bucale. Ca urmare a tulburărilor organice, se produc paralizii bulbare cu efecte dizgrațioase asupra mișcărilor faciale (ticuri, strâmbături, schimonoseli) care însoțesc vorbirea. În acest caz, dificultățile de pronunție sunt marcate, în primul rând, de afectarea sunetelor mai greu de pronunțat, cum este cazul siflantelor și șuierătoarelor, a sunetului r, a celor labiale (p, b, m) și labiodentale (f, v) etc. Dar nu lipsesc și alte tulburări, cum sunt cele ale vocii, ritmicității și respirației.
5. Disartria pseudobulbară, este marcată de afecțiuni ale căilor cortico-bulbare, de unde și apariția de paralizii totale sau parțiale la nivelul buzelor, limbii, vălului palatin și a coardelor vocale. Ca urmare, vorbirea este tulburată sub aspectul pronunției, fonației, rezonanței, ritmicității și preciziei. În această formă de disartrie, sunt prezente și tulburări de coordonare a mușchilor și un dezechilibru pronunțat la nivelul sincronizării expir-inspir, afectând, astfel, și mai mult emiterea verbală.

O altă clasificare a disartriei este realizată de Morselli, în: organică și functională; În cele organice, se pune accent pe modificările de structură de la nivelul sistemului nervos central, iar cele funcționale țin de neurodinamica acestuia. Această clasificare este mai rar folosită, pentru că între cele două forme este dificil să se traseze o demarcație netă, atâtă timp cât la același individ, afirmă R.E. Levina, se găsesc, în proporții diferite, și tulburări organice și funcționale.

În concluzie, sub aspectul vorbirii, în toate formele de disartrie, pot fi întâlnite incapacități totale sau parțiale care evoluează

de la o fenomenologie de tip dislalic, până la cea de tipul anartriei. La acestea, se adaugă și alte forme de tulburări ale limbajului și comunicării, atât sub raportul formei de manifestare (al expresiei), cât și sub raport semantic (al impresiei).

4. Relația dintre tulburările de pronunție și tulburările limbajului citit-scris

Tulburările limbajului scris-citit pot apărea și în lipsa deficiențelor de pronunție. Dar, la majoritatea dislalicilor, rinolalicilor și disartricilor apar fenomene de transpunere a omisiunilor, deformărilor și substituirilor din vorbirea orală și în vorbirea scrisă. În citit, fenomenele caracteristice tulburărilor de pronunție se reflectă în mod direct și mai pregnant. În astfel de situații, logopatul întâmpină dificultăți sporite în realizarea comunicării și în recepția limbajului. Dacă acesta este școlar (unde, de altfel, aceste fenomene sunt mai frecvente), dificultățile sale din sfera limbajului se reflectă negativ asupra activității școlare, în special, și asupra comportamentului său, în general.

În literatura de specialitate sunt incriminate două categorii de factori generali care pot determina tulburările dislexice și disgrafice:

1) *factori care aparțin subiectului*

2) *factori care țin de mediul în care trăiește și își desfășoară activitatea subiectul*. În prima categorie sunt cuprinse deficiențele de ordin senzorial, de motricitate și psihomotricitate, de organizare și structură cerebrală, de lateralizare și ambidextrie, gradul dezvoltării intelectuale, starea sănătății, reacțiile nevrotice, factori motivationali, instabilitatea emoțională, deficiențe pe linia activității școlare care duc la slaba înșușire a informațiilor predate și.a. Din a doua categorie fac parte factorii care se referă la slaba integrare în colectiv, nivelul scăzut, din punct de vedere socio-cultural al familiei,dezorganizarea familiilor și lipsa de preocupare pentru activitatea de învățare, metode și procedee necorespunzătoare utilizate în învățarea scris-cititului, atitudinea nestimulativă a cadrelor didactice pentru învățătură etc.

Ca urmare a atâtore cauze, avem de-a face cu o varietate mare a manifestărilor tulburărilor lexico-grafice. Dacă avem în vedere și *influențele negative exercitate de tulburările de pronunție asupra*

însușirii scris-cititului, manifestarea formelor de disgrafie-dislexie capătă caracteristici tot mai complexe. Unii autori, printre care G. E. Arnold și G. Mottier, sunt de părere că tulburările de articulație, cele gramaticale și cele de parafazie, care apar în manifestările dislexice și disgrafice, alături de simțul redus sau deficitar pentru muzică, alcătuiesc un mănușchi de trăsături caracteristice pentru deficienții disfazici și disgnostici. În cazuri mai dificile apar și alte fenomene, ca atenție auditivă redusă și o scăzută capacitate de memorare. A.S. Clark (1923), S. Mc.Cauley (1925), S. D. Roblins (1935), R. W. Metraux (1942), H.H. Beebe (1944), G. Beldaan (1961) au remarcat legătura dintre performanțele auditivă reduse ale capacitații de memorizare de scurtă durată și percepția vizuală, însușirea regulilor ortografice și erorile de exprimare care derivă din această deficiență.

Existența fenomenelor dislexice și disgrafice, agravate de tulburările de pronunție ce se reflectă în scris-cititul logopatului, ne determină să subliniem caracteristici specifice debilității generale pentru vorbire, pe care o înțelegem ca având influențe defavorabile atât în sfera comunicării expresive, cât și în cea manifestă. Nadoleczny și Arnold au descris acest fenomen prin investigarea unui mare număr de dislexici și disgrafici la care se manifestau tulburări fie numai în sfera scris-cititului, fie atât în scris-citit, cât și în articulația și ritmul vorbirii. G. E. Arnold (1970, pag. 518-519) constată că bâlbâiala (și fenomenele ei secundare) nu se înrudește direct cu dislexia și disgrafia, nici în privința cauzelor și nici a consecințelor. Manifestările caracteristice bâlbâielii (și bolboroselii) pot constitui, după Arnold, expresii suplimentare și paralele ale deficiențelor de aptitudine. Asemenea cazuri de tulburări combinate, afirmă el, sunt determinate de către „sindromul supraordonat al debilității congenitale pentru vorbire”.

Cercetările efectuate de noi, ne-au dus la concluzia că sunt unele diferențe între manifestările de tip dislalic și alte tulburări de vorbire implicate în generarea dislexo-disgrafiei. Dar, formele dislaliei parțiale de tipul sigmatismului și parasigmatismului, a rotacismului și pararotacismului etc., se pot transpune, frecvent, în limbajul citit-scris și care, de cele mai multe ori, se coreleză cu deficiențe ale percepției auditive, a unei slabe capacitați de memorare auditivă, astfel încât acestea agravează disabilitățile citit-scrisului.

În funcție de modul în care se realizează această relație dintre tulburările de pronunție, în general, și cele dislalice, în special, cu modelul de elaborare a citit-scrisului se poate desprinde un principiu

particular. Astfel, transpunerea fenomenelor dislalice în vorbirea citită și scrisă se produce pe baza principiului asemănării, apropierei și contagiunii. Astfel, prin asemănare au loc o serie de substituiri, omisiuni și inversiuni de litere și de grafeme. Aceleași fenomene se produc în vorbirea orală și se pot reflecta, la unii dislalici, în scris și în citit. În transpunerea fenomenelor dislalice în citit și în scris, asemănarea se produce pe cale auditivă și vizuală. Omisiunile și substituirile sunt cele mai frecvente în vorbirea orală, ceea ce face ca și în scris-citit, adesea, să se manifeste adeseori. În schimb, în cadrul inversiunilor, la nivelul vorbirii orale, fenomenul de inversare se produce, frecvent, între sunete și, mai rar, între cuvinte, iar în scris, inversarea cuvintelor este mai des întâlnită. Desigur, nu există o regulă obligatorie ca toate fenomenele caracteristice în dislalie să apară în limbajul scris-citit. Practica logopedică dovedește, însă, că în majoritatea cazurilor de dislalie apar, mai mult sau mai puțin, asemenea deficiențe în scris-citit. Nu trebuie neglijat nici faptul că dislexia și disgrafia pot exista și la unii logopați, care nu manifestă tulburări de pronunție sau de articulare. Această afirmație poate fi susținută prin observația că există un fenomen mai rar întâlnit la dislalici, și anume acela al adăugirii de sunete în pronunțarea cuvintelor, dar care apare mai frecvent în limbajul scris. Într-un studiu efectuat pe un număr mare de subiecți, urmărindu-se modul de transpunere a greșelilor din limbajul oral în limbajul scris, a rezultat că ponderea omisiunilor, înlocuirilor și adăugirilor este diferită, atât la un anumit subiect, cât și la totalul lotului investigat (fig. 15) (C. Păunescu, C. Calavrezo, E. Verza și colab, 1967).

omisiuni
-5 225 -

i-2416	
n- 541	
î-300	
e-242	
l-180	
u-139	vocale 60%
a-136	
t-122	
ă-106	
r-83	

înlătări – 1956-	ă-a-349 ş-ş-313 t-t-286 m-n-134 n-m-109 e-i-105 i-e-85 e-ă-80 a-ă-63 s-ş-53 ă-o-39 ă-i-36 o-a-31 l-r-28 r-l-32 e-a-24 e-g-21	vocale 49%
adăugiri – 1036-	i-811 l-68 e-58 ă-45 r-84 a-19 ă-11	vocale 85 %

Fig. 15. Înlătări și adăugiri la scrierea după dictare.

Imaturitatea vizual-perceptivă, atât de frecvent incriminată în dislexie-disgrafie, joacă un rol important și în perturbarea pronunției, din cauză că, pe baza ei, nu se poate efectua imitarea poziției adecvate a aparatului de fonoarticulație în perioada însușirii pronunției. Dar pentru însușirea în ontogeneza timpurie și chiar mai târziu a pronunției, rolul dominant îl are maturitatea auditiv-perceptivă, care intervine, în egală măsură, în citire și în scrierea după dictare. Ținând seama atât de complexitatea limbajului oral și scris, cât și de cea a structurilor morfo-funcționale implicate în producerea și recepția lui, putem vorbi de o ierarhizare a sistemelor senzoriale participante la elaborarea, asimilarea, dezvoltarea și evoluția acestui proces. Astfel, la dislalici și la dislexici-disgrafici, pot fi constatare, mai mult sau mai puțin, deficiențe vizual-auditive, vizual-chinestezice și vizual-tactile.

kinestezice. În cazul deficienței auditive, nu numai că vorbirea se înșeușește cu greutate, dar apar și dificultăți în discriminarea acustică și în memorarea fonemelor și a cuvintelor, iar deficiențele pe traiectul vizual determină perceperea și memorarea vizuală slabă sau deformată, carență în diferențierea formelor vizuale complexe.

Analizând etiologia dislexiei și disgrafiei, Mac Donald Critcheley arată că factorii lingvistici și pedagogici au un rol secundar în tulburările lexice. Același rol îl poate juca bilingvismul în dislexie-disgrafie, dar el poate determina direct tulburările dislalice. Dificultățile lexice și grafice pot fi accentuate și de începerea prea de timpuriu a învățării citit-scrisului, de metodele de predare deficitare, care nu provoacă, în sine, tulburări dislexice-disgrafice, dar, așa cum subliniază Critcheley „*nu există o metodă anume de predare care să poată prinui o condiție a dislexiei, dar, prin mijlocirea meritelor și a neajunsurilor, aceasta poate duce la o recunoaștere mai timpurie a dislexiei*” (1972, pag. 17).

S.S.Leapidevski (1964, pag. 237) distinge mai multe tipuri de disgrafii, în funcție de analizatorul lezat: acustice, optice, motorii și ideatorii. Forma cea mai frecventă este disgrafia de tip acustic, pe care noi o punem tocmai pe seama faptului că dificultățile din pronunție, ca urmare a slăbirii auzului fonematic, se transpun și în limbajul scris. Apar, astfel, în serie dificultăți de tipul inversării grafemelor, înlocuirea fonemelor sonore cu cele surde, omisiuni de litere, silabe și cuvinte, adăugarea unor terminații în plus, contopiri de cuvinte etc. În cadrul dificultăților de citire, Critcheley subliniază existența unor greșeli care pot fi întâlnite, adeseori, la dislalici și care denotă relația directă dintre dislalie și dislexie: incapacitatea pronunțării cuvintelor nefamiliale sau încercarea de a ghica structura lor fonetică, dificultăți în realizarea diferențelor dintre cuvintele relativ asemănătoare în scriere și pronunție, dificultăți în discriminarea diferențelor auditive ale cuvintelor și literelor, neînțelegerea integrală a celor rostite, pronunțarea incorrectă a consoanelor și, uneori, a vocalelor, inversarea literelor, interpolarea unor foneme nepotrivite, omisiunea unor foneme și cuvinte, înlocuirea unor cuvinte prin altele, repetarea cuvintelor, plasarea greșită a accentului în cuvintele polisilabice și.a.

O mențiune specială trebuie făcută în legătură cu capacitatea de înțelegere a conținutului celor vehiculate în vorbirea orală sau în cea scrisă. A rezultat că asemenea dificultăți le poate întâmpina și un subiect logopat, care nu prezintă deficiențe ale intelectului și că tulburările orale sau ale citit-scrisului pot să se instaleze și în afara

unor deficite de acest gen. Dar, atunci, cum se explică ele? Pot fi mai multe explicații, dar cea mai viabilă se referă la faptul că un astfel de subiect trăiește, tensional, dificultățile pe care le are și este urmărit de o continuă teamă de a nu greși, de a nu face o impresie proastă asupra auditorului sau cititorului. Din aceste motive, el se centrează, exagerat, asupra emiterii sunetului, a cuvântului (critic) sau asupra modului de alcătuire a fiecărui grafem și literă, în detrimentul conținutului textului. La subiectul fără tulburări de limbaj, emiterea, scrierea și citirea se desfășoară în lipsa unui autocontrol permanent, din cauză că s-au format deprinderi ce devin, cu timpul, tot mai automatizate și nu este nevoie să-și distribuie atenția pe mai multe direcții, permășând o percepere ideativă cât mai completă. Se știe, din psihologie, că actele automatizate și deprinderile supuse unui control exagerat din partea conștiinței, pot duce la perturbarea desfășurării lor, deturând subiectul de la alte activități care se produc concomitent. Aceasta nu exclude posibilitatea individului de a se autocontrolla, atunci când este nevoie.

Fenomenul de înlocuire a unui cuvânt prin altul prezintă, uneori, un interes deosebit pentru surprinderea mecanismului intern de elaborare a ideilor și a asociațiilor dintre ele. Despre o asemenea greșeală, Critcheley arată că: „*acesta este un tip comun, deși foarte puțin analizat. Cititorul a identificat sensul termenului, dar a substituit o alternativă. Uneori, e aproape un sinonim. Cel mai des este folosit un termen sugerat de o asociere de idei.*” (1972, pag. 30).

Transpunerea fenomenelor dislalice în scris are loc, mai cu seamă, în dictări, dar și în copierea unui text. Cu cât dislalia este mai accentuată, cu atât se manifestă mai pregnant în scriere și în citire, unde predomină dificultățile, ca urmare a ortografiei – disortografiei (fig. 16a. și 16b.).

Deși predomină disgrafia de natură acustică, care explică reflectarea tulburărilor dislalice în scris, la debilii mintali, disgrafia motrică determină apariția scrisului ilizibil, neglijent, cu litere diforme și de mărimi diferite, dublarea și repetarea unor litere. *Disortografia apare ca o consecință a dificultăților de învățare a ortografiei sau a necunoașterii sensului și semnificației cuvintelor.* Atunci când disortografia se caracterizează prin involuție, ea se datorează unor leziuni organice: „*Cititul implică recunoașterea sensului unui cuvânt, dar dacă scoarța parietală nu poate organiza circuitele sale în schema formală a cuvântului, nu mai are prin ce să fie activat substratul natural al sensurilor. Pe de altă parte, schemele vizuale ale*

cuvintelor sunt cele care activează schemele motorii folosite în scriere. Alterarea circuitelor parietale, care organizează schemele vizuale ale cuvintelor, va tulbura, deci, și scrierea, în aceeași măsură ca și citirea." (N. Toncescu, 1967, pag. 68-69).

- O vizită
Ionut s-a terminat bătil. Si a sedat frumos lucrările și săpte în
glisden. A adus apă și lemnine pentru foc. Iată cum pătușajele să
lumina, fără lucru mult. Bucătăria ne rămuște și triste. Mama salca
mit rufel. În casă e uscat. Tata lucește și pleacă. El aude latetul.
Un băiețel. Adi găsește tatăi:
- Patin, vorărea învățătoare, pati pati!
- Ușă și deschis și întă învățătoare, lui Ionut.
- Bucătărie! Rîne velare!
- Rîne amint, vorărea învățătoare!
- Ei, Ionut, sună secolul și încă nu, Ionut arăde și arăta vorărește
învățătoarei mesa lui bătu, carte, cartile, crâncene rămase și
vorărea învățători și înțelește apoi ce mama sănă să fie Ionut.
Mama să răstece Ionut să iei multe urmă. Vorărea învățătoare bătrână mulțumită
de cel său zile și pună Marii:
- Ionut și pătușă ei să vină din casă. Înțelute bine, e destul și îndrăguș
elui.
Invățătoare și ia bană și spune. Ionut a urmărit același lucru.

Fig.16a.

(9) *Vivito*

Ionut se terminăt băile. și-a așteptat unuia vorbile să urmeze însă
 și chiar să aducă și iernanele persoane fac. Acum poate să fi ieșit în față
 și să le spălă măști. Iunice să se urmărește și să spere. Olimpia să fie mult
 mai în vîrstă și să răsucă. Olimpia să fie mult
 și apoi să zâmbească. Iată că deosebită nu este să zâmbească.
 - Poftite băvarașe de la băile de invitație și poftite
 să se deschidă și să intre în invitație la băile de invitație.
 - Băvarașe de oaspeti? Bine și am găsit!
 - Cu ce-ai venit să urmărește invitație
 și, în plus, am vîzut să vîd și eu unde stai tu. Ionut să astepte, lovită
 de o boala.
 Iunice să urmărește întreabă apărută și să spere să se poarte. Ionut să spere
 și să spui că Ionut trebuie să urmeze invitație
 și să spui că să urmeze să aleargă și să spui că Ionut
 - Ionut și printre a mai bune elevi din școală
 În ceea ce privă disciplina și fizica și în ceea ce
 și în ceea ce privă disciplina și fizica Ionut este în primul loc de
 la prima linie.

Fig. 16b.

Greșelile pe care le fac debilii mintal în transcrierea limbajului oral în cel scris se datorează și faptului că aceștia scriu cum pronunță. De multe ori, regionalismele, formele dialectale, vocabularul necultivat se suprapun și se interferează cu formele elevate ale limbajului, ceea ce denotă că debilul mintal nu reușește să adopte o conduită verbală (orală și grafică) supusă unui control conștient, bazată pe un autoreglaj constant. În cazul citirii cu voce tare, greșelile

comise prezintă o mare labilitate, fără ca deficentul de intelect să fie conștient de ele.

Unii autori sunt de părere că la copiii normali greșelile în transcrierea limbajului oral în cel scris se produc în proporție de circa 40-50%, dar acestea nu afectează toate cuvintele care conțin fonemele ce sunt tulburate. La debilul mintal, deficiențele în pronunțarea fonemelor se transpun, în formă generalizată, asupra grafemelor și literelor corespunzătoare din limbajul scris-citit.

Pe baza analizei și prelucrării unor texte citite și scrise (compunere și dictare) ale unor școlari dislalici, am putut surprinde principalele fenomene de transpunere a greșelilor din limbajul oral în limbajul scris-citit. Vom evidenția, ceea ce este comun și specific în citirea și scrierea alb-negru, comparativ cu citirea și scrierea în Braille:

1. Omisiuni de sunete, litere și silabe. Frecvența cea mai mare, în vorbirea orală, la dislalici se manifestă la sunetele : s, i, r, l, m, t, o, u, n, ī, ș, z și la grupele ae și ea. Atât în citirea și scrierea alb-negru, cât și în Braille apar asemenea omisiuni. Aceste caracteristici, cât și cele la care ne vom referi, în continuare, au fost descrise, mai pe larg, pentru disgrafia în Braille, într-un studiu anterior, efectuat împreună cu G. Anastasiu (1973).

2. Omisiuni de cuvinte, propozitii și sintagme. Ca o caracteristică, omisiunile de cuvinte, propozitii și sintagme apar mai des spre sfârșitul compunerii și al dictării, ca o consecință a instalării fenomenului de oboseală. În scrierea obișnuită, un asemenea tip de greșală apare rar și întâmplător. În scrierea Braille, omisiunile de acest fel apar cu o anumită constanță, preponderent, atunci când scrierea nu este bine stăpânită. O altă cauză o poate constitui și faptul că ideile și gândurile subiectului au, în unele cazuri, o desfășurare mai rapidă, în comparație cu posibilitățile sale de transpunere în scris. În vorbirea orală (și în citire), asemenea omisiuni apar mult mai rar ca în scris. Ele sunt, totuși, frecvente la debilii mintal și la deficienții de auz.

3. Contopiri de cuvinte. Se constată că frecvența contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări, raportată la compunerii. Contopirile nu se datorează faptului că subiectul aude un singur cuvânt sau că aude două cuvinte distințe, ci mai degrabă fenomenului de perseverare a deficiențelor pe linia auzului fonematic, ca și datorită sensului cuvintelor.

4. Substituiri de foneme și grafeme. Acest fenomen apare frecvent în scrierea Braille. De altfel, el are o frecvență mare și în scrierea obișnuită. Cele mai dese substituiri sunt: u substituit cu ă (cănoaște), i cu e, o cu u, o cu e, e cu i (dici), ă cu u (lumpi), x cu g (egmatriculat), t cu s (trecus), p cu m, l cu r, s cu z, a cu o (oparte), f cu p (prig), m cu c, v cu u, ă cu e, l cu b, s cu c, g cu f, u cu e, p cu f, r cu l, b cu a, s cu p, s cu i, c cu m (mopii), f cu d, z cu s, c cu g, p cu b etc.

Semnalăm faptul că substituirile subliniate au o frecvență mare și în scrierea obișnuită. În scrierea Braille, înlocuirile se datorează diferențelor mici dintre forma (punctată) unui grafem cu alta altuia, formă asemănătoare (simetriei) între dispunerea punctelor din stânga față de cele din dreapta sau a simetriei de sus față de jos. Pe de altă parte, unele substituiri rezultă din nepunctarea fermă (clară) sau nesigură, ceea ce face să se perceapă, în timpul citirii, un alt grafem decât cel corect. Dacă în scrierea alb-negru unii autori explică tulburările limbajului scris, ca de altfel și cele ale cititului, pe baza unor afecțiuni corticale și tulburări ale văzului – care au fost deja incriminate în disgrafie de specialiști mai vechi, cum sunt Kussmaul, Morgan, Masson și mai recent de Galiffet-Granger, Seeman, Tomatis – în Braille componenta vizuală nu poate explica fenomenele de disgrafie. De fapt, neputința de a explica disgrafia în scrierea Braille, pe baza unor tulburări vizuale, ne face să credem că rolul dereglațiilor de văz a fost exagerat la disgraficul văzător. Un argument în plus îl constituie și faptul că numai la unii indivizi, care au tulburări vizuale, apar tulburări ale limbajului scris. Sunt mulți copii ambliopi care ajung să stăpânească scrisul tot atât de bine ca și cei fără deficiențe de vedere.

Comparativ cu fenomenele de substituire, întâlnite la disgraficul și dislexicul care scrie și citește în alb-negru, la nevăzătorii care scriu și citesc în Braille, aceste fenomene au un caracter labil mai pronunțat. Aceasta, deoarece confundarea literelor în Braille este mai mare și mai variată, pe de o parte, iar pe de altă parte, coordonarea acustico-vizuală-kinestezică se reduce la diminuarea posibilităților de transpunere grafică, semantică și lexică a ideilor transmise și a gândurilor proprii. Credem că aprofundarea cercetărilor în această direcție ar putea duce la surprinderea acelor reguli care determină substituirea ca fenomen constant în disgrafie.

5. Substituiri și deformări de cuvinte. Aceste fenomene au, de asemenea, o frecvență mare la disgraficii și la dislexicii în Braille. În

marea lor majoritate, se produc prin asimilarea și scrierea cuvintelor la plural, când sunt dictate la singular, și invers, scrierea la singular, când dictarea se face la plural. Cităm câteva exemple din compunerile și dictările elevilor nevăzători: televizate = televiziune, peornesc = pornesc, piapuri = picapuri, filfilizație = civilizație, petrul = petrol, zumană = umană, aspiratoare = aspiratoare, electricitarea = electricitate, egzita = există, oamenii = oameni, iubeau = iubea, tot = toți, haine = hainele etc. Substituirile și deformările de cuvinte apar, în limbajul oral, la dislalicii foarte gravi.

6. Adăugiri de foneme, litere și cuvinte. Aici, se poate surprinde o anumită regulă, și anume adăugarea unor grafeme la sfârșitul cuvântului, când acestea se găsesc și la cuvântul următor, de regulă, la începutul cuvântului următor. Un astfel de exemplu îl constituie frecvența mare în adăugarea grafemului a. Sunt adăugate des întors, l, i, b, p etc. Dintre aceste grafeme, a, l și i sunt adăugate, frecvent, și la disgraficul în scrierea în alb-negru. Pe de altă parte, apare fenomenul de repetiție a unor silabe în interiorul cuvântului (plângerea), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări, repetarea unor cuvinte (bine, la) și, în fine, repetarea ultimelor silabe.

7. Inlocuirea unor cuvinte sau comprimarea lor. Acest fenomen este întâlnit mai rar și nu totdeauna determină schimbarea sensului frazei, mai cu seamă când se are în vedere contextul general (invățătoare – profesoară și invers, soară = profesoară).

8. Confuzii de foneme și litere, ca urmare a asemănărilor acustico-optice: d-p, d-b, s-ș, m-n, o-a, i-î, c-g, s-z, ce-ci.

9. Disortografii. Apar multe dezacorduri gramaticale, omisiuni ale semnelor de punctuație: punct, virgulă, semnul exclamării, semnul mirării; lipsa literei mari la început de propoziție sau început de frază.

10. Texte necoerente, ilogice. Asemenea manifestări apar, în special, în compunerii, la subiecții a căror disgrafie este mai accentuată sau care au și alte tulburări de limbaj, ca bâlbâiala, dislalia etc. Compunerile acestora se caracterizează prin aceea că dau impresia incapacității de a lega logic elementele și acțiunile conținute în povestiri. Este și cauza pentru care compunerile sunt aride și deseori cu semnificații ambigue. La copiii cu o disgrafie ușoară, se manifestă preocuparea pentru redarea logică a acțiunilor cu motivații cauzale. Ca atare, compuneră devine mai închegată și apare evidentă conștientizarea sistemelor de asociatii ce se stabilesc pe plan mintal.

între elementele conținute, prin evidențierea dinamismului și plauzibilității lor.

Pentru corectarea disgrafiei-dislexiei, la persoanele care scriu și citesc în Braille, este necesar să se respecte câteva criterii valabile și în scrierea și citirea obișnuită. Printre acestea, este necesar să se aibă în vedere, pe lângă caracteristicile dislexiei-disgrafiei propriu-zise, și particularitățile de vârstă ale subiectului, gradul lui de cultură, nivelul său intelectual, particularitățile de personalitate etc.

În scrierea și citirea obișnuită, pentru disgrafici și dislexici, se cunosc unele metode și procedee de corectare. Pentru corectarea disgrafiei și dislexiei la nevăzători, însă, nu au existat preocupări constante până în prezent.

Capitolul VIII

METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE

1. *Cadrul general de referință*

În literatura de specialitate, sunt descrise unele metode și procedee ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de pronunție la subiecții care vorbesc o anumită limbă. Dintre acestea, o parte pot fi folosite și pentru educarea vorbirii logopașilor, a căror limbă maternă este română. La acestea ne vom referi, în primul rând, precum și la acele metode și procedee pe care noi le-am verificat în practica logopedică și care au condus la obținerea unor rezultate pozitive în înláturarea tulburărilor de pronunție. Este important să atragem atenția asupra faptului că preluarea unor metode și procedee, folosite de unii specialiști pe subiecți, trebuie să se facă cu mult discernământ. Fiind vorba de un anumit specific al limbii noastre, metodele și procedeele respective nu numai că nu dau totdeauna rezultatele dorite, dar pot îngreuna corectarea sau pot contribui la apariția altor deprinderi incorecte de pronunție. Limba română, ca și alte limbi, are caracteristicile sale proprii. Astfel, unele sunete sunt specifice numai limbii române. Spre exemplu, vocalele din limba română sunt asemănătoare, dar nu identice cu vocalele din alte limbi (1963, pag.61-62).

După cum am văzut, din punct de vedere logopedic, ne interesează și faptul că pentru emisarea corectă a fiecărui sunet, se realizează o poziție specifică a elementelor aparatului fonoarticulator cu mișcări sincrone, dar și cu participarea corespunzătoare a

respirației, iar abaterea de la acestea, din anumite motive, determină distorsiunea pronunției. Or, pentru a fi eficiente, în terapia logopedică, subiectul trebuie învățat să adopte o poziție corectă a aparatului fonoarticulator, ceea ce presupune existența unei metodologii adecvate.

Dintre metodele și procedeele care au o valoare mai mare, pot fi citate acelea cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției și prin intermediul cărora se înlesnesc căile de acțiune a metodelor propriu-zis logopedice și care sunt specifice fiecărei categorii de tulburări de limbaj. În felul acesta, subiectul se pregătește din punct de vedere psihic și fiziologic, ceea ce duce la facilitarea folosirii metodelor și procedeeelor logopedice adecvate.

Atât pentru aplicarea metodelor și procedeeelor generale, cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției, cât și a celor specifice, cu acțiune nemijlocită în educarea logopăților, este necesar să luăm în considerare câteva elemente esențiale, de care trebuie să ținem seama, pentru o individualizare strictă a cazurilor. În primul rând, este vorba de simptomatologie, manifestarea tulburării respective, care poate fi diferită de la un individ la altul, chiar dacă este vorba de același diagnostic. Merită subliniată această idee, prin raportarea ei la caracteristicile temperamentale, la rezonanța afectivă și, în general, la trăirea handicapului în planul personalității. De altfel, manifestarea comportamentală, personalitatea logopatului determină, așa cum s-a văzut, o anumită înțelegere a handicapului și un anumit fel de participare în procesul înlăturării acestuia. Tipul de tulburare sau forma ei capătă o importanță deosebită, dacă ne gândim la evantaial mare al manifestărilor și la faptul că unele dintre acestea pot apărea numai în anumite combinații de sunete, în timp ce altele, în toate situațiile; unele apar numai în propoziție și frază, iar altele și în pronunția izolată a sunetelor. Pronunțarea izolată a sunetelor este diferită întrucâtva de emiterea acelorași sunete în cuvinte și propoziții. Mai mult, în articularea sunetelor apar unele deficiențe, și atunci când ele au o poziție inițială, medie sau finală în cuvânt. De obicei, învățarea pronunției corecte a sunetelor este mai ușoară, atunci când ele se află la începutul cuvântului. Trebuie avute în vedere și cauzele care au declanșat dificultatea. În funcție de acestea, se impun anumite metode și procedee generale și particulare de corectare a tulburărilor de articulație. Dacă este vorba de o imitație, se înțelege că se vor aplica alte procedee decât în cazul unei etiologii organice sau funcționale. Vârstă și nivelul de dezvoltare psihică impun nu numai o

anumită atitudine a logopedului față de subiect și a acestuia față de handicap și activitatea de corectare, dar determină și adoptarea unor metode care pot fi înțelese și asimilate, cu ajutorul cărora se obțin cele mai rapide rezultate, în funcție de capacitatele logopatilor. De remarcat, că aceeași importanță o are și gradul de dezvoltare și asimilare a informațiilor, prin intermediul simbolisticii verbale.

Ca atare, diagnosticul și prognosticul trebuie elaborate în funcție de toate aceste elemente, precum și în funcție de condițiile de viață și activitate ale logopatului, ca și de colaborarea părinților, a grădiniței, a școlii, în educarea logopatului. În fixarea diagnosticului trebuie să se ia în considerare existența unor deficiențe ale auzului, cât și eventualele schimbări ale dentiției sau nedezvoltarea suficientă a organului fonoarticulator, care pot influența pronunția.

În adoptarea metodelor și procedeelor de înlăturare a diferitelor abateri, trebuie să se aprecieze dacă tulburarea de pronunție se datorează unei alte tulburări de limbaj sau există în paralel. Aceasta cu atât mai mult cu cât, în unele situații, corectarea pronunției se face în același timp cu înlăturarea altor deficiențe ale limbajului, în timp ce în alte situații, este necesară crearea unor condiții de facilitare a mișcărilor necesare pentru a se putea aplica metode cu acțiune directă asupra tuturor tulburărilor existente la același logopat. Dacă este vorba de existența unei dislalii pe fondul unei alalii sau pe fondul unei nedezvoltări a limbajului, acțiunea de corectare a pronunției trebuie să urmărească, în același timp, îmbogățirea vocabularului, dezvoltarea înțelegerii vorbirii, dar și dezvoltarea gândirii, deficitare în asemenea situații, formarea vorbirii corecte și logice. În schimb, dacă avem de-a face cu o dislalie ce coexistă cu bâlbâiala, dislexia, disgrafia, cu tulburări de voce etc., acțiunea de corectare poate să se facă separat, dar nu exclude posibilitatea unei acțiuni în paralel. Remarcăm faptul că la vîrstă mici, sau la subiecții cu intelect slab dezvoltat, este recomandabilă respectarea principiului acțiunii de la simplu la complex, ceea ce înseamnă că mai întâi se corectează tulburările ușoare și ulterior cele dificile.

Referindu-ne la vîrstă, este indicat ca dislalia să se corecteze din perioada preșcolară, din două motive: pe de o parte, pentru a nu permite să se instaleze unele deprinderi greșite de pronunție, deoarece se știe că este mai ușor să formezi deprinderi noi de vorbire, decât să corectezi pronunția greșit stabilizată, iar pe de altă parte, la intrarea copilului în școală, deficiențele de limbaj pot provoca tulburări de personalitate, prin conștientizarea defectului și pot duce la insuccese

școlare repetitive, ca urmare a inhibiției, reținerii, negativismului și a dificultăților de integrare în activitatea școlară și în colectivitatea de copii. În plus, deficiențele de pronunție pot determina, în perioada școlară, instalarea altor tulburări de limbaj și, în special, bâlbâiala, dislexia și disgrafia. Un alt motiv este și acela că în perioada preșcolară se poate obține o colaborare mai ușoară din partea părinților și a educatoarelor din grădinițe. Educatoarele își asumă obligația să supravegheze pronunția copilului și să repete exercițiile psihopedagogice indicate de logoped.

Așadar, în corectarea tulburărilor de pronunție, se aplică, la început, o serie de metode cu caracter general, în funcție de gravitatea tulburării. Acestea urmăresc să pregătească atât organic, funcțional, cât și psihologic subiectul și să șureze aplicarea metodelor și procedeeelor logopedice individualizate, în funcție de caz, și de natura tulburării. Succesul terapeutic depinde de toate metodele și procedeele pe care le descriem mai jos. Spre deosebire de adulți, la care se acționează nemijlocit asupra tulburărilor de pronunție, la copiii de o anumită vîrstă, acțiunea este mijlocită prin dezvoltarea limbajului, în general. Măsurile cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției, dar cu eficacitate în dezvoltarea vorbirii, au un rol important și în profilaxia tulburărilor de limbaj. La vîrste mici, prin intermediul lor, se dezvoltă dicția copiilor din grădiniță, ele putând alcătui activități obligatorii în cadrul programelor ce se adoptă (E. Boșcaju, 1973, pag. 24). Se înțelege că în acest caz, educatoarele și logopezii trebuie să aibă o vorbire corectă, clară și cu exprimări coerente. În aplicarea metodelor și procedeeelor de corectare a vorbirii, atât la copii, cât și la adulți, specialiștii trebuie să manifeste înțelegere și tact, dar nu indulgență față de deficienți.

Rezultă, așadar, ideea că, în corectarea tulburărilor de pronunție, ca și în corectarea altor tulburări de limbaj, se disting două categorii de metode și procedee educațional-recuperative, și anume: *metode și procedee cu caracter sau de ordin general și metode și procedee specific logopedice*. Dacă prima categorie (metode și procedee cu caracter general) se poate aplica în orice tulburare de limbaj (și nu numai în tulburările de pronunție), cele din a doua categorie (metode și procedee specific logopedice) sunt proprii fiecărei tulburări de limbaj în parte, ceea ce înseamnă că se înregistrează diferențe majore, atât în forma de aplicare a acestora, cât și în conținutul lor, când este vorba de o tulburare sau alta. Din rațiuni logice și din economie de spațiu, în acest capitol vom analiza prima

categorie de metode și procedee, fără să le mai repetăm în cazul altor tulburări, în timp ce metodele și procedeele specific logopedice le vom aborda (cum este normal) după fiecare grupă de tulburări descrise.

2. Metode și procedee cu caracter general

În categoria metodelor și procedeelor educative, care au un caracter general-logopedic, sunt cuprinse: 1) gimnastica și miogimnastica corpului și a organelor care participă la realizarea pronunției; 2) educația respirației și a echilibrului dintre expir și inspir; 3) educarea auzului fonematic; 4) educarea personalității, înlăturarea negativismului față de vorbire și a tulburărilor comportamentale.

1. Gimnastica și miogimnastica corpului și a organelor care participă la realizarea pronunției se referă la îmbunătățirea motricității generale și a mișcărilor fono-articulatorii. În acest scop, se pot indica o serie de exerciții care au o importanță deosebită nu numai pentru dezvoltarea limbajului, dar și pentru sănătatea organismului. Aceste exerciții urmăresc fortificarea trunchiului, a gâtului și a membrelor. În toate cazurile, exercițiile fizice generale trebuie asociate cu cele de respirație. Exercițiile fizice generale au scopul de a ușura desfășurarea unor mișcări complexe ale diferitelor grupe de mușchi care iau parte la activitatea de respirație și la funcționarea aparatului fono-articulator. Se știe că, obișnuit, pentru pronunțarea fiecărui sunet, corpul, membrele, gâtul etc. capătă o anumită poziție, fie de relaxare, fie de încordare. Spre deosebire de cei care vorbesc normal, spre exemplu, la dislalici are loc o încordare musculară pe unele porțiuni nespecifice pronunțării sunetului respectiv. La nivelul aparatului fono-articulator, o încordare a mușchilor limbii, buzelor etc. în locuri nespecifice, afectează nu numai pronunția, dicția, dar și timbrul și înăltimea vocii. Din punct de vedere motric, diferențierea sunetelor perechi (t-d, c-g, p-b etc) se realizează numai printr-o mișcare musculară fină. În silabă și cuvânt, mișcarea și sincronizarea diferenților mușchi se face foarte rapid, ceea ce presupune o anumită dezvoltare și abilitate. În realizarea articulației nu este nevoie să se depună un efort deosebit, pentru că exercițiul creează automatisme, iar mișcările aparatului fono-articulator devin, în general, economicoase. Pentru cei cu tulburări de

pronunție, și mai cu seamă pentru hipoacuzicii și surdo-muți în curs de demutizare, este necesar să învețe că în producerea corectă a sunetelor buzele trebuie să exercite mișcări clare, maxilarul - ușoare mișcări față de poziția obișnuită, limba - mișcări mai energice, iar laringele - mișcări foarte discrete.

Se pot distinge două subcategorii de exerciții: unele cu scopul de a relaxa organismul și musculatura aparatului de emisie, exerciții utile în majoritatea tulburărilor de limbaj și în pronunțarea majorității sunetelor limbii române, iar altele de încordare, care se folosesc, în special, în timpul pronunțării sunetelor surde.

În cazul exercițiilor fizice generale, este indicat ca fiecare mișcare să fie executată în mod ritmic, ceea ce va ușura introducerea ritmului și la nivelul vorbirii. Acolo unde sunt și tulburări motorii, ca la disartriciei cu afecțiuni motorii cerebrale, la alalici și afazici etc, exercițiile fizice generale au o importanță covârșitoare și ele trebuie executate paralel cu dezvoltarea pe perioade relativ lungi de timp, pe cât posibil zilnic sau cel puțin de trei ori pe săptămână.

Grupa așa-zisă a gimnasticii medicale se încadrează eficient în categoria exercițiilor care contribuie la dezvoltarea motricității generale și la asigurarea unui confort fizic, benefic pentru fiecare individ, indiferent de vîrstă.

Pentru dezvoltarea motricității organelor fono-articulatorii, se recomandă o serie de exerciții ce se referă la dezvoltarea mișcărilor expresivității faciale, făcute în mod diferențiat, în funcție de caz. La unii logopati, asemenea exerciții se fac într-un timp relativ scurt, deoarece nu sunt deficiențe care să împiedice, pregnant, realizarea vorbirii, iar acolo unde există pareze faciale, exercițiile joacă un rol important în realizarea pronunției. Cele mai importante exerciții, folosite în acest scop, sunt: umflarea simultană a obrajilor; închiderea și deschiderea ochilor, concomitent cu ridicarea și coborârea ritmică a sprâncenelor; imitarea râsului și a surâsului; încrețirea și descrețirea frunții; umflarea alternativă a obrajilor etc.

Motricitatea linguală joacă un rol esențial în pronunțarea sunetelor, deoarece la fiecare sunet limba se dilată, se contractă, ia forme diferite și ocupă alte poziții în cavitatea bucală. Se pot folosi, în acest caz, numeroase exerciții linguale: deschiderea gurii și scoaterea ritmică și rapidă a limbii și retragerea ei în cavitatea bucală; scoaterea limbii întinsă peste buza inferioară, în direcția bărbiei și peste buza superioară, în direcția nasului; mișcări la dreapta și la stânga, în aşa fel încât limba să atingă colțurile buzelor; ridicarea limbii spre palat și

lășarea ei în jos cu zgomet; imitarea diferitelor fenomene ale naturii, tremuratul (brr, brrr), mersul locomotivei etc.; sprijinirea limbii pe gingia superioară și apoi pe cea inferioară, în aşa fel încât să se realizeze îndoituri succesive; formarea aşa-numitei „cupe” cu limba, a unui şanț pe mijlocul ei și a.

Exercițiile pentru dezvoltarea motricității mandibulare se folosesc, în special, la cei care au o mușcătură deschisă, prognatism și progenie sau la cei cu traumatisme maxilo-faciale. Aceste exerciții constau în: ridicarea și coborârea ritmică a mandibulei; mișcări spre dreapta și spre stânga a mandibulei; imitarea rumegatului animalelor; imitarea căscătului etc.

Pentru dezvoltarea motricității labiale, este necesar să se folosească o serie de exerciții, pornind de la rolul important pe care-l joacă buzele în pronunțarea fiecărui sunet, silabă și cuvânt. Exercițiile pentru dezvoltarea mișcărilor buzelor sunt necesare la mareea majoritate a dislalicilor, dar mai cu seamă la cei cu dislaliu audiogene, cu disglosii și la cei care au anomalii ale buzelor: despiciaturi de buze (inferioară sau superioară), pareze, rigiditate a buzelor, proeminențe pe anumite porțiuni. La deficienții de intelect, sunt necesare exerciții cu atât mai mult cu cât se știe că accentuarea debilității mintale determină o serie de anomalii caracterizate prin îngroșarea exagerată a buzelor și, în primul rând, a buzei inferioare, rigiditatea lor și lipsa de sincronizare a mișcărilor. Cele mai indicate exerciții sunt: acoperirea alternativă a unei buze prin cealaltă; formarea unei pâlnii, ca la pronunțarea sunetelor o și u; strângerea buzelor și suflarea aerului cu putere, ca la pronunțarea sunetelor b și p; retragerea și extensia comisurilor laterale; umflarea buzelor prin reținerea aerului în cavitatea bucală; vibrarea buzelor prin imitarea sfîrăitului de cal și multe altele. Aici, ca și în cazul celorlalte exerciții, inventivitatea logopedului este foarte importantă, pentru a adopta și pune în valoare noi procedee.

2. Educarea respirației și a echilibrului dintre inspir și expir are un rol important nu numai în asigurarea unor funcții biologice, dar și în pronunție. În timpul expirului, suful face să vibreze coardele vocale implicate în producerea sunetelor. Presiunea expirului și a inspirului se modifică în funcție de fiecare sunet, devenind când mai puternică, când mai puțin puternică, prin alternanță, dar păstrând un echilibru ritmic. Astfel, pentru pronunțarea consoanelor surde, este nevoie de o presiune expiratorie mai accentuată decât la pronunția consoanelor sonore. Nici musculatura necesară actului respirației nu

este suficient de dezvoltată la copiii cu o vorbire deficitară, din cauza lipsei de exersare naturală.

Se știe că în funcție de sex, se disting două tipuri de respirație, și anume: la bărbați, o respirație costo-abdominală, în care rolul hotărâtor, pentru realizarea expirului, îl joacă mușchii abdominali și costali inferiori, iar la femei, predomină respirația de tip toracic, manifestată prin contracția și relaxarea preponderentă a cutiei toracice.

La copii, pe lângă faptul că respirația nu se desfășoară în mod ritmic, nu există nici o diferențiere netă între cele două tipuri de respirație caracteristice sexului respectiv. În timpul vorbirii, aceste disritmii respiratorii se accentuează și mai mult, iar în tulburările limbajului vorbit, ele devin foarte evidente. După o discuție mai lungă sau în stările de oboseală, atât la copii, cât și la adulți, expirația și inspirația devin tot mai neregulate și mai scurte, ceea ce duce la pauze nepotrivite în vorbire și, ca atare, creează un aspect al vorbirii dezagreabil. Unii logopați încearcă să vorbească și în timpul inspirului, nu numai al expirului (cum este normal). În felul acesta, pronunțarea devine defectuoasă, prin deformarea sunetelor, omisiunea sau înlocuirea lor în cuvânt, și mai ales prin apariția unor tulburări ale ritmului și cadenței vorbirii. Vorbirea se deformează și în cazurile în care nu există o forță corespunzătoare a expirului sau când au loc o serie de „ticuri” care se manifestă prin înălțarea umerilor în timpul vorbirii, ceea ce împiedică participarea diafragmei la expulzarea aerului necesar.

Exercițiile de respirație se desfășoară în funcție de vîrstă subiectului: la copiii mici, ele se pot desfășura sub formă jocului în aer liber sau în camere bine aerisite. În acest sens, se pot folosi o serie de jucării în care să se sufle; exercițiile să fie făcute din diferite poziții ale corpului: culcat, în picioare, șezând etc. La copiii mai mari, se pot utiliza materiale didactice vizuale, spirometrul, dar se poate exersa expir-inspirul și pe baza apelării la înțelegere. Atât la adulți, cât și la copii, exercițiile de respirație se pot face fără a fi însoțite de vorbire sau concomitent cu ea. De asemenea, ele pot fi făcute individual sau în grup, și este de remarcat că se instalează mai ușor ritmul dintre expir și inspir, dacă aceste exerciții sunt făcute în timpul mersului, pentru că el conține deja componentă automatizată, ritmică.

Printre exercițiile care dă rezultatele cele mai bune, se pot cita: suflarea într-o lumânare aprinsă; umflarea balonului; expirația și inspirația alternativă pe gură și pe nas; expir și inspir, pe baza unor pauze stabilite; aburirea unei oglinzi, prin eliminarea ietului de aer

alternativ, pe nas și pe gură; formarea de valuri într-un vas cu apă, prin suflare; suflarea în diferite instrumente muzicale. Se recomandă ca exercițiile de respirație, efectuate o dată cu pronunțarea, să se realizeze la început, cu ajutorul cântului și al recitării de poezii ritmice. Se mai pot emite vocale cântate, anumite exclamații, interjecții etc. În final, se ajunge la o vorbire ritmică, prin sincronizarea expirului cu inspirul.

3) Educarea auzului fonematic, adică a capacitateii de a identifica, discrimina și diferenția sunetele limbii, contribuie la realizarea unei pronunțări corecte. Prin activitatea de dezvoltare a auzului fonematic, se stabilește un sistem relațional între modalitatea senzorială de percepere a sunetelor și crearea unor imagini ideale la niveluri superioare. Atunci când avem de-a face cu unele deficiențe la nivelul sistemului periferic, activitatea logopedică trebuie să urmărească înlăturarea lor sau, dacă acest lucru este posibil, să contribuie la dezvoltarea unor noi funcții compensatorii. Același lucru se poate face pe un plan mai general de suplinire a funcțiilor deficitare, datorită supletiei sistemului nervos uman și capacitatilor de adaptare a organismului.

Tulburările auzului fonematic pot merge de la incapacitatea diferențierii tuturor sunetelor sau numai a unora și până la imposibilitatea perceperei chiar a silabelor și cuvintelor, ca unități specifice limbajului. Datorită legăturii strânse dintre auzul fonematic și mișcările articulatorii, deficiențele de la nivelul unui element se fac simțite și la cel ce-al doilea. Astfel, slaba dezvoltare a mișcărilor articulatorii sau neexersarea lor influențează auzul fonematic, așa cum, la rândul lor, tulburările respective determină confuzii la nivelul emisiei sau o slabă antrenare a elementelor coparticipante la actul pronunției.

În realizarea pronunției corecte, subiectul trebuie să efectueze, pe de o parte, o comparație între propria pronunție recepționată de la persoanele din jurul său, iar pe de altă parte, trebuie să realizeze un autocontrol, pe baza auzului, asupra emisiilor vocale. Deficiențele auzului fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv, și, în cazul acesta, logopatul face eforturi de îndreptare a vorbirii pe baza motrico-kinestezică a aparatului de emisie. Dacă la început dislalicia nu-și dă seama de pronunția lor defectuoasă, pe măsură ce se efectuează exerciții pentru dezvoltarea auzului fonematic, ei devin conștienți de tulburarea respectivă și fac eforturi pentru înlăturarea acesteia. Prin urmare, în corectarea tulburărilor de pronunție este necesar să se

acorde o atenție mai mare dezvoltării auzului fonematic, deoarece, așa cum rezultă, acesta constituie o condiție esențială în pronunția corectă.

Trebuie arătat de la început că dezvoltarea auzului fonematic nu coincide cu dezvoltarea atenției, cum cred unii. Poate există o atenție instabilă, ca la debilii mintal, dar nu în toate cazurile pot exista și deficiențe ale auzului fonematic, așa cum se întâmplă la copiii normali, care prezintă tulburări ale auzului fonematic, deși au o bună atenție.

La copiii preșcolari, dezvoltarea auzului fonematic se poate face sub forma unor jocuri (ghicirea vocii celor care îl strigă, identificarea vocii unor persoane cunoscute sau a strigătului animalelor, a păsărilor înregistrate pe casetă, prin întrecere în recitarea unor poezioare cu intonație etc.). În general, la cei cu tulburări de pronunție, sunt eficace pronunțarea, diferențierea și identificarea cuvintelor paronime. Considerăm că pentru dezvoltarea auzului fonematic sunt mai importante exercițiile în cuvinte decât pronunțarea sunetelor izolate, așa cum în corectarea dislaliei, cuvântul joacă un rol hotărâtor (Emilia Jurcău, N. Jurcău, 1989). Cuvintele care se folosesc pentru consolidarea sunetelor învățate, cât și a propozițiilor care cuprind grupuri de asemenea sunete contribuie și la dezvoltarea auzului fonematic. Așadar, folosind aceste cuvinte în corectarea dislaliei, se realizează, concomitent, și dezvoltarea auzului fonematic și, în felul acesta, consumul de energie este mai mic, iar timpul de corectare, mai scurt.

4) Educarea personalității, înlăturarea negativismului fată de vorbire și a tulburărilor comportamentale sunt necesare la copiii de vîrstă școlară dar, în special, la cei care se află în perioadele pubertății și adolescenței. Acest proces trebuie să înceapă, însă, odată cu corectarea tulburării de limbaj, indiferent de vîrstă logopatului. Dacă în perioada preșcolară, tulburările personalității sunt înfălnite la puțini copii, la școlari, fenomenul dereglației verbale se conștientizează, devine apăsător și poate determina, la unii copii, devieri comportamentale, atitudini negativiste, o slabă integrare în colectiv, delăsare la învățătură, lipsa inițiativelor, reținere sau obrăznicie, nervozitate etc. La instalarea acestor tulburări contribuie adeseori, fără ca ei să-și dea seama, părinții și educatorii (prin apostrofarea și solicitarea insistentă să vorbească corect). Pe de altă parte, atitudinea colegilor de ridiculizare și ironizare îi determină să devină retrăși și închiși în ei însiși.

În această situație, educarea personalității trebuie să urmărească:

- a) redarea încrederii în propriile posibilități;
- b) crearea convingerii că tulburarea nu presupune un deficit intelectual;
- c) crearea convingerii că dificultatea de limbaj este o tulburare pasageră, care poate fi corectată;
- d) crearea încrederii în logoped;
- e) înlăturarea negativismului și redarea optimismului.

Aceste obiective vor fi urmărite cu perseverență la logopații fără deficiențe mintale sau senzoriale, la cei cu tulburări senzoriale, dar și la debilii mintali la care apar asemenea manifestări. Este știut că la aceștia din urmă, tulburarea de limbaj nu modifică atât de frecvent comportamentul, deoarece ei nu-și dau seama, în toate cazurile, de existența handicapului. La cei cu intelect de limită, ca și în cazurile de debilitate ușoară, fenomenul logopatiei este trăit pe un fond negativ, aproximativ asemănător cu celelalte categorii de subiecți.

În acest scop, se poate înregistra vorbirea subiecțului la începutul tratamentului logopedic și apoi, periodic, pe măsura obținerii unor rezultate pozitive în activitatea de corectare, chiar dacă acestea sunt numai parțiale. Logopatul este invitat să-și asculte vorbirea din prima înregistrare și să o compare cu înregistrările efectuate ulterior, ceea ce îi dă încredere în sine și în logoped, dar și în perspectiva corectării handicapului. De asemenea, vorbirea subiecțului în curs de corectare poate fi comparată cu a altui logopat necorectat. Dar un rol deosebit îl are atitudinea părinților, a cadrelor didactice și a colegilor față de persoana cu tulburări de limbaj. În acest sens, logopedul trebuie să stea de vorbă cu părinții și cu cadrele didactice, să le explice ce înseamnă tulburarea pentru copil și că ea va fi corectată, că ei trebuie să manifeste înțelegere și tact, dar nu indulgență. Față de aceștia, logopedul trebuie să folosească o vorbire calmă și plină de încurajare, să fie un exemplu în arta mânurii cuvântului.

Rezultatele cele mai bune, în educarea personalității, le are psihoterapia. Caracteristicile folosirii psihoterapiei la dislalici sunt, în finii mari, asemănătoare cu cele ale folosirii ei la logonevrotici, descrise de noi într-un studiu anterior(1972). La cele mai importante particularități ale psihoterapiei, în educarea personalității logopatului, ne vom referi în continuare. Pentru aplicarea psihoterapiei, trebuie să se aibă în vedere, pe de o parte, etiologia și simptomatologia

tulburării, iar pe de altă parte, vârsta subiectului, particularitățile personalității lui, nivelul său de cultură și de dezvoltare intelectuală.

Psihoterapia are scopul de a înlătura stările psihice conflictuale. Ea vizează atât simptomele tulburării, cât și educarea întregii personalități. Prin psihoterapie se urmărește înlăturarea fricii patologice de a vorbi și a sentimentului de inferioritate. Subiectul trebuie convință că poate vorbi bine și că sensibilitatea să exagerată este nejustificată. Așadar, psihoterapia are la bază o serie de metode și tehnici psihopedagogice care se folosesc în vederea restabilirii echilibrului psihofizic al subiectului, încercând să steargă din mintea acestuia cauzele care au declanșat tulburarea, să înlăture și să prevină unele simptome, creând, în felul acesta, condiții favorabile pentru acțiunea altor procedee logopedice în cadrul unui tratament complex. Modul acesta de abordare este justificat și de faptul că însăși învățarea limbajului este privită de tot mai mulți autori ca parte generală a comportamentului uman complex (A. W. Staats, 1968).

Psihoterapia poate fi aplicată individual, mai ales pentru început, și credem că aceasta este modalitatea cea mai eficace, dar ea poate fi aplicată și în grup. Psihoterapia în grup este impusă de necesități practice, pe de o parte, pentru a beneficia de ea un număr cât mai mare de indivizi, iar pe de altă parte, pentru că vorbirea se desfășoară în relațiile cu alții oameni, stimulându-se, astfel, interesul pentru comunicarea verbală. Psihoterapia trebuie să se desfășoare sub forma unor ședințe sistematice, care să urmeze un plan bine stabilit, de la evocarea unor situații simple până la cele complexe, de la o tatonare plină de grijă a conflictelor și simptomelor pe care le manifestă subiectul, până la abordarea lor directă și intensă. La constituirea grupului este foarte important să se țină seama de vârsta subiecților, de nivelul lor cultural, de gradul de inteligență, de tipul de tulburare și de cauzele care au declanșat-o.

Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discuții, a prezentării unor filme, conținând imagini linișitoare și semnificative, însoțite de discuții, a ascultării muzicii cu caracter linișitor, a urmăririi, cu ajutorul benzii de magnetofon, a progreselor realizate în vorbire de către subiect și interpretarea lor, a utilizării sugestiei și hipnozei, a jocurilor (la vârste mici). R. Schilling folosește „jocul curativ logopedic”, în cadrul căruia copiii se substituie poeților, regizorilor și actorilor. La început, aceste jocuri sunt fără voce, rezumându-se doar la mișcări, pentru ca treptat, să se ajungă la sunete și zgomote (imitarea unor animale, însoțite de mișcările

corespunzătoare: zgomotul unei mașini cu motorul pornit, a vântului etc.), la cântece și la vorbire. Jocurile de mișcare ajută la folosirea gesturilor expresive în timpul vorbirii, folosind apelative și indicative. În ultimul timp, în psihologia adulților se folosesc, cu succes, jocul, desenul, dramatizarea etc. Jocul poate fi utilizat ca tehnică a psihoterapiei, deoarece el are și funcții distractive ce „permisă stabilirea unor dispoziții pozitive, care facilitează proiecția și deconectarea față de activități sau efecte ale situațiilor stresante. Funcția de deconectare, le rândul ei, este și o manifestare a funcției cathartice, funcție de curățire, de eliberare de acele elemente tensionale care se află în centrul motivației stresante” (U. Șchiopu, 1970, pag. 245).

În genere, psihoterapia bazată pe „loisir” permite depistarea și pătrunderea în relațiile complexe ce definesc personalitatea în înțelegerea influențelor exogrup și endogrup, cu scopul de a restabili condițiile firești ale dezvoltării personalității și integrării sale în colectiv. Principala formă sub care se desfășoară psihoterapia, începând cu adolescența și chiar cu pubertatea, rămâne discuția pe o temă liberă sau abordarea unui subiect stabilit de psihoterapeut. Este preferabil ca tema în discuție să vină din partea subiectului sau a grupului, iar psihoterapeutul să o direcționeze, să o controleze cu mult tact spre țelul propus. În ultima vreme, se pune un mare accent pe psihoterapia de grup. Dar sunt și psihoterapeuți care susțin necesitatea psihoterapiei individuale, cel puțin în unele faze ale desfășurării ei: unii o susțin înaintea psihoterapiei de grup, iar alții după. Desigur, nu trebuie exclusă nici combinarea celor două modalități psihoterapeutice.

O serie de lucrări în care se analizează psihoterapia în grup, fie că se referă mai mult la aspectele clinice, fie că insistă asupra celor ce privesc crearea unui confort psihic general, se fac aprecieri insistente asupra caracteristicilor grupului psihoterapeutic: egalitatea deplină a membrilor, intervențiile psihoterapeutului să nu fie autoritare și brutale, psihoterapeutul să se integreze discret și cu tact ca membru cu drepturi depline în grup etc.

Indiferent că este vorba de o psihoterapie individuală sau de grup, psihoterapeutul trebuie să aibă acele calități care să-l facă agreabil și acceptat pe de o parte, iar pe de altă parte, să aibă posibilitatea de a pătrunde în mod discret în frâmântările subiectului. Problemele abordate în discuție vizează înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în posibilitățile proprii, îndepărțarea fobiei și a inertiei în vorbire, crearea condițiilor optime și stimularea dorinței

de a vorbi, îndemnarea la o vorbire calmă și clară, logică, dezvoltarea unei personalități demne și curajoase. În acest proces formativ, un rol esențial îl joacă însăși personalitatea psihoterapeutului. Exemplul său personal, comportarea sa etică, vorbirea cursivă, inteligibilă, nivelul de cultură și inteligență, conduita sa, în general, exercită o influență pozitivă asupra subiectului.

Psihoterapia nu trebuie limitată numai la cel ce suferă de o tulburare de limbaj, ea urmând a se extinde și asupra persoanelor cu care subiectul vine în contact: părinți, frați, surori, rude. Aceștia vor adopta o atitudine corespunzătoare față de vorbirea și comportarea persoanei, vor manifesta înțelegere și receptivitate, vor contribui la crearea unei atmosfere plăcute și linișitoare, și vor arăta încredere și răbdare. Astfel, activitatea psihoterapeutică este continuată pe un alt plan în cadrul familiei, ceea ce exercită o influență favorabilă asupra subiectului și, prin aceasta, asupra rezultatelor finale ale psihoterapiei.

Metodele și tehniciile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori subiectivi care țin de structura psihică a individului, de natura lui psihică, dar și de natura sau manifestarea tulburării, de condițiile în care trăiește și își desfășoară activitatea.

În prezent, tot mai multe persoane simt nevoiea unor intervenții cu caracter psihoterapeutic pentru că viața stresantă crează dereglaje ce se cer înlăturare, în vederea adaptării și readaptării la condițiile mediului înconjurător. Din acest punct de vedere, din perspectivă psihologică, și parțial psihopatologică, tehniciile psihoterapeutice cunoacă o diversificare și dezvoltare continuă. C. Enăchescu (1998, pag. 180) precizează că „dincolo de aspectele culturale ale istoriei psihoterapiei, aceasta cunoaște o etapă riguroasă științifică în evoluția și dezvoltarea sa. În general, se afirmă că istoria psihoterapiei este traversată de două curente principale, și anume: a) aplicarea în scopuri terapeutice a procedurilor psihologice, cum ar fi: hipnoza, jocul sau improvizația dramatică; b) elaborarea de procedee noi, legate de o teorie psihopatologică, cum sunt: psihoterapia morală și psihanaliza.”

Prin sublinierea importanței psihoterapiei în reeducarea personalității dislalicului și, în general, a deficienților de limbaj, nu subapreciem contribuția metodelor și procedurilor logopedice specifice. Preconizăm o îmbinare cu acestea.

3. Metode și procedee specific logopedice

Așa cum am subliniat, această categorie de metode și procedee este diferită de la o grupă de tulburări la alta, ceea ce ne face ca în acest capitol să le analizăm numai pe cele care contribuie la corectarea tulburărilor de pronunție, urmând ca la abordarea altor tulburări, să intervenim cu terapia logopedică respectivă. Totuși, trebuie să relevăm că în tulburările de limbaj asociate, sunt unele elemente comune în ce privește terapia logopedică, în sensul că rezultatele pozitive obținute în corectarea unei tulburări se răsfrâng benefici și asupra celeilalte, contribuind la scurtarea timpului de intervenție prin mijloacele sale specifice. Rezultatele cele mai eficace și mai rapide, în corectarea tulburărilor de pronunție, se obțin prin emiterea corectă a sunetului afectat și, apoi, introducerea sa în cuvânt și propoziție. Automatizarea pronunției corecte se face prin folosirea cuvintelor ce conțin sunetul respectiv, în poziție inițială, mediană sau finală. Dar nu excludem posibilitatea utilizării unor exerciții de pronunție care să înceapă direct cu folosirea unor cuvinte simple, mono- și bisilabice, pentru început, iar apoi, să formuleze propoziții și fraze. Un asemenea procedeu poate fi aplicat în cazul copiilor mai mari și al adolescenților, al celor cu un intelect bine dezvoltat. Multe din aceste metode și procedee le-am utilizat și noi într-o anumită etapă a activității practice. Ele sunt folosite azi de majoritatea logopezilor din țară, motiv care ne determină să le prezentăm aici. Fără a le subaprecia valoarea, considerăm, totuși, că este necesară combinarea lor cu folosirea cuvintelor și a propozițiilor, ceea ce evită obosirea dislalicului și determină o participare mai activă în activitatea de corectare. În felul acesta, se realizează, chiar la vîrstele mici, înțelegerea semnificației activității de corectare și se produce o colaborare între logoped și logopat. Adeseori, pentru pronunțarea izolată a sunetelor se folosesc o serie de mijloace ajutătoare. Printre acestea amintim oglinziile, care sunt folosite în dublu scop: pentru perceperea vizuală a modului de articulare a sunetelor, atât la dislalic, cât și la logoped, în sensul imitării poziției corecte a aparatului fono-articular în timpul emisiei, iar pe de altă parte, pentru sesizarea aburii oglinziîn pronunțarea anumitor sunete, pentru că în emiterea fiecăruia rămâne o umbră

anumită pe care subiectul o diferențiază de alte situații. Sunt folosite, de asemenea, sondele, spatula, trusa logopedică, mai ales pentru fixarea poziției corecte a limbii, buzelor etc. în pronunția sunetelor respective. Trusa logopedică conține o serie de sonde ortofonice și spatule, de folosirea cărora nu trebuie să se abuzeze nici după ce logopatul s-a obișnuit cu ele, și când acesta nu mai manifestă teamă (fig. 17a și 17 b).

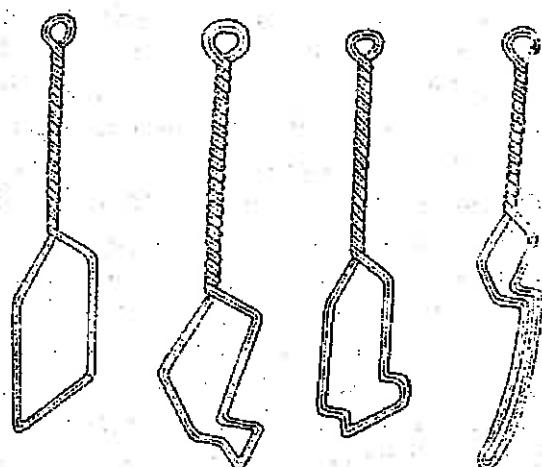


Fig. 17a.

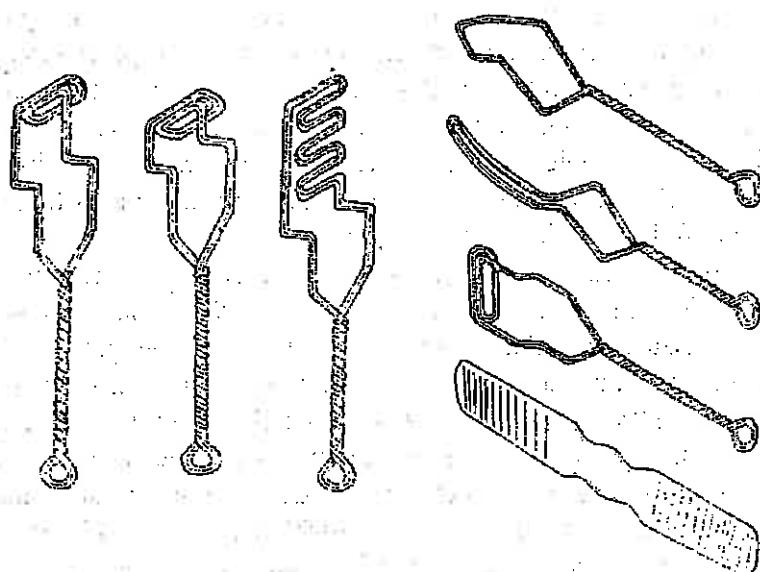


Fig. 17b.

Mai des se apelează la trusa logopedică în corectarea vorbirii dislalice a subiecților ce prezintă diferite anomalii organice, ca în cazurile de macroglosia și microglosia limbii, în despiciaturile de buză și văl palatin, în progenie și prognatism, cât și în formarea pronunției la cei cu deficiențe senzoriale: surzi, hipoacuzici, nevăzători. Folosirea instrumentarului logopedic la nevăzători se impune în cazurile dificile, din cauza imposibilității acestora de a imita, vizual, poziția corectă a aparatului fono-articulator în emisia diferitelor sunete. În lipsa acestora, se poate folosi un băț de chibrit sau o scobitoare, care se asează, la pronunțarea sunetului s, între dinți și deasupra limbii, fixarea poziției corecte a buzelor cu ajutorul degetelor etc. Unii logopezi folosesc mai rar imagini vizuale sau scheme care pun în evidență poziția normală a aparatului de articulație în timpul pronunțării sunetelor. Folosirea acestora nu se poate face la orice vârstă, ci numai atunci când subiectul poate să le înțeleagă și are unele cunoștințe despre anatomia și fiziologia aparatului fono-articulator. Dar cel mai frecvent se apelează la analizatorul tactil-kinestezic, pentru că subiectul să poată sesiza diferențele de vibrație ale coardelor vocale, ale obrajilor și năriilor, cât și pentru perceperea jetului de aer, a concentrării sau împrăștierii sale, a căldurii sau uscăciunii în pronunția sunetelor (de exemplu, diferențierea, pe această cale, a sunetelor s de ș, r de l, m de n și invers).

Pentru a fi consecvenți cu modul de tratare, adoptat în capitolul în care am analizat principalele tulburări de pronunție, vom proceda în același mod și la descrierea și sublinierea metodelor și procedeeelor de corectare a pronunției în dislalie, rinolalie și disartrie. Metodele și procedeele pe care le prezentăm dă rezultate pozitive (ca de altfel și cele din prima grupă), atât la logopați normali psihic, cât și la cei cu deficiențe de intelect și senzoriale.

Ordinea corectării sunetelor pe care o prezentăm este justificată de noi și în funcție de frecvența tulburărilor de pronunție, ca și de dificultatea activității logopedice în educarea logopaților. Astfel se impune, în primul rând, corectarea fonemelor din familia lui s, apoi lichidele r și l, cărora le urmează consoanelor sonore (b, d, g) și în final corectarea consoanelor : f, n, m, c, p, t. Vocalele și semivocalele, ca și diftongii (oa și ea) și unele grupări de consoane (tr și fl) au fost lăsate la urmă, deoarece frecvența tulburării lor este mai rară și se întâlnesc, mai cu seamă, la deficienții de auz, în diferitele leziuni ale sistemului nervos central și în palatoschizis. Din practica logopedică,

rezultă că cel mai greu se corectează rotacismele și pararotacismele, după care urmează sigmatismele și parasigmatismele; dar ultima categorie are o frecvență mai mare decât prima.

Aparent, aceasta este o metodă care încalcă principiul de la simplu la complex, dar se poate justifica prin faptul că prin corectarea sunetelor dificile dispar unele dificultăți de emitere, în cazul celor mai ușor de pronunțat, determinând o simplificare a lăzilor. Desigur, în tulburările grave de pronunție, cum este disartria, este mai indicat să se înceapă activitatea de corectare cu sunetele care se emit cel mai ușor și apoi, gradat, să se ajungă la cele mai dificile.

Corectarea sunetului s prezintă cea mai mare importanță, din două motive: pe de o parte, pentru că este sunetul cel mai des deformat și înlocuit, iar pe de altă parte, pronunția lui corectă înlesnește și stă la baza emiterii celorlalte sunete din familia sa (și în primul rând a sunetelor z, ț și x). Z se pronunță având o poziție a aparatului articulator asemănătoare cu aceea a pronunțării sunetului s, numai că vocea se audă; se poate spune că este un s sonor. Din punct de vedere fonetic, s este o fricativă anterolinguală dental-alveolară surdă, spre deosebire de z, care este sonora ei. (Al. Rosetti, 1963). Sunetul ț este o africată anterolinguală și se pronunță corect prin deschiderea ușoară a gurii, în timp ce comisurile linguale sunt trase în părți, iar vârful limbii este apropiat de incisivii superioiri care, la expulzarea aerului, se îndepărtează spre incisivii inferioiri. X, ca fricativă postero-linguală surdă, nu se poate emite corect nici în dezvoltarea ontogenetică a copilului fără să se pronunțe mai întâi corect sunetul s.

Consoana surdă și se emite corect prin rotunjirea buzelor și când limba capătă o formă de cupă, iar la expulzarea aerului se produce o rezonanță zgomotoasă. J este consoana sonoră a lui ș, iar poziția aparatului fono-articulator este, aproximativ, aceeași ca la pronunția lui ș; expulzarea aerului, însă, este mai slabă, iar vârful limbii are o vibrație ușoară.

Combinăția de sunete *ce* și *ci* se emite corect prin atingerea limbii de palatul dur, iar marginile laterale, de arcadele dentare superioare; la ieșirea aerului, limba se desprinde brusc de palat, ocupând poziția relaxată în planșul bucal. Forma aparatului fono-articulator este relativ asemănătoare în pronunția lui *ce* și *cea* din timpul emisiei sunetelor ț și ș. *Ge* și *gi* se pronunță într-o poziție asemănătoare a aparatului fono-articulator, dar în plus apar vibrații laringiene.

Sunetul r are o frecvență mare în limba română. Pronunția corectă se realizează atunci când limba, în partea sa posterioară, ia forma plată și atinge cu marginile laterale arcadele dinților superiori, iar partea anteroară se ridică spre alveolele dinților superiori. La expulzarea aerului, vârful limbii vibrează repede, iar musculatura gâtului și a feței se contractă.

Consoanele sonore b, d, și n apar mai frecvent înlocuite în terminațiile cuvintelor. Toate paralaliile respective apar cu o frecvență și mai mare la hipoacuzici, bradipsihici, disartrici și afazici. Celelalte consoane sunt deformate și înlocuite la unii dislalici, dar mai ales la debilii mintal și la cei cu rinolalie și disartrie.

Vocalele nu numai că sunt mai rar tulburate, dar ele se pot corecta mai ușor și datorită executării unor mișcări ale aparatului fono-articulator, care nu presupun un efort deosebit în timpul emisiei.

Corectarea sigmatismului și parasigmatismului se poate efectua, la vârste mici, prin imitarea săsăitului de șarpe, a mersului locomotivei, zumzetului de albină, a solicitării liniștii etc. În cazurile deficiențelor maxilo-faciale și în vegetații adenoide, se recomandă intervenția medicală înaintea terapiei logopedice.

În literatura logopedică sunt descrise, frecvent, metode și procedee de corectare a sunetelor afectate prin derivarea acestora din alte sunete corect emise. De obicei, în cadrul unei categorii de sunete, primul sunet pe care trebuie să-l formăm este cel de bază, ce va deriva din sunete apropiate ca pronunție. Dar sunt și autori care consideră că se pot forma mai ușor, prin derivare, sunetele ce apar primele în ontogeneza și care nu presupun mișcări prea fine ale aparatului articulator. Astfel, majoritatea logopezilor consideră că, în categoria sigmatismului și a parasigmatismului, primul sunet asupra căruia trebuie să ne oprim este s, în timp ce alții susțin că în activitatea logopedică este mai indicat să se înceapă cu emisia sunetului r (M. Guțu, 1975, pag. 263-264).

În general, sunetul afectat poate fi derivat din acele sunete care sunt corect pronunțate și care, prin execuția lor motrico-kinestezică și auditivă, se apropie cel mai mult de el. De exemplu, sunetul r poate fi derivat din d, t, grupurile dt, td, care se pronunță repede și repetat ca apoi, la o anumită comandă, să se treacă la r. Emisia este ușurată de o poziție relativ similară și de vibrarea limbii prin repetare.

Sunetul izolat se mai poate obține prin indicarea poziției corecte a aparatului articulator și prin exersarea lui în fața oglinzi, în scopul imitării vizuale a modelului corect. În cazul când acesta nu

reuşeşte să pronunțe corect sunetele s și z, va fi ajutat prin tragerea ușoară a obrajilor înapoi sau prin fixarea sondei sau a unui băt de chibrit între dinți, pentru formarea șanțului lingual dorsal necesar. Se va explica dislalicului că sunetul z se pronunță având aceeași poziție a aparatului articulator ca și în cazul sunetului s, numai că primul este pronunțat cu voce. Pentru diferențierea sunetelor s, z de ș, j, dislalicul va percepe, pe dosul palmei, aerul cald la pronunțarea sunetelor ș și j. Când nu se obține pronunția corectă a sunetelor ș și j, dislalicul poate fi ajutat prin strângerea ușoară a obrajilor, pentru formarea conturului necesar al buzelor. Se obișnuiește ca formarea sunetului t să se realizeze și prin pronunțarea repetată și rapidă a sunetelor ts, iar ce și ci, prin pronunțarea sunetelor tșe și tși. Asemănător, se vor obține și sunetele ge, gi, prin derivarea lor din dje și dji.

S lateral se corectează, ținându-se arătătorul la o mică distanță de centrul gurii dislalicului și cerându-i acestuia să-și îndrepte atât privirea, cât și curentul de aer, care-i ieșe pe gură, spre degetul arătător.

Z pronunțat afon, adică asemănător sunetului s, se transformă în z, ducând mâna dislalicului la gâtul logopedului pentru perceperea vibrației coardelor vocale și, apoi, la propriul său gât; astfel, poate compara diferențele de vibrație, corectându-se.

T deformat prin pronunțarea sa ca t sau s, se corectează solicitând dislalicului să apeze cât mai puternic limba pe alveolele dinților din față și de sus, iar în pronunție, limba să fie lăsată cu iuțeală în jos. Dacă, totuși, nu reușește să pronunțe satisfăcător fonemul respectiv, fi cerem să-și arunce pumnii cu putere înainte, concomitent cu rostirea lui t (t presupune stăpânirea corectă a lui s; deci, el nu poate fi corectat fără prealabilă stăpânire a acestui sunet).

Ș înlocuit prin s constituie una din deformările frecvente la copii. În cazul acesta, pronunția corectă a sunetului ș se obține prin strângerea buzelor sau prin rotunjirea lor, iar limba are o poziție apropiată de dinții superioiri din față. Pentru a obține forma corectă a buzelor, se pot strângă ușor obrajii dislalicului, concomitent cu pronunția sunetului ș. Aceeași mișcare trebuie să-o execute, ulterior, și copilul, căruia î se mai poate cere să prelungească câțiva timp pronunțarea fonemului respectiv.

J deformat, prin rostirea să asemănătoare cu a sunetului ș, se corectează dacă cerem dislalicului să percepă vibrația coardelor vocale, ca la pronunția sunetului Z. În același timp, se formează poziția corectă a aparatului articulator, specifică pronunției sunetului j.

Corectarea se face tot prin strângerea buzelor și fixarea poziției corecte a limbii în timpul emisiei. La nevoie, se poate efectua și aici gestul de aruncare energetică a pumnilor înainte, concomitent cu pronunțarea sunetului. În același timp, dislalicul este solicitat să apese violent limba pe incisivii superioiri, pentru a simți pe dosul palmei puternica explozie a aerului din gură, când sunetul este bine pronunțat. (Pronunțarea corectă a sunetelor compuse ce și ci presupune stăpânirea corectă a sunetului și).

Ge și gi sunt deseori înlocuite cu dze și dzi sau, uneori, cu ce și ci. Paralaliile acestea se elimină tot printr-o rotunjire accentuată a buzelor și prin aruncarea energetică a pumnilor înainte, ca și prin apăsarea dosului limbii pe dinții din față și de sus și prin sesizarea vibrațiilor coardelor vocale. De astă dată, vibrațiile trebuie să fie foarte puternice.

X deformat se obține prin pronunțarea grăbită și energetică a sunetului c, urmat imediat de sunetul s. Se poate obține x și prin pronunțarea sunetului g, urmat repede de z, așa încât perechile de consoane să alcătuiască un singur sunet.

După obținerea izolată a sunetelor, ele vor fi fixate în cuvinte, la început în cuvinte mai simple, apoi în cuvinte mai complexe. Sunetul ce se fixează în cuvinte, va ocupa poziții diferite (înțial, la mijloc și final). C. Calavrezo a alcătuit o listă de cuvinte și propoziții care respectă regulile amintite. Câteva exemple sunt edificatoare pentru corectarea tulburărilor de pronunție și pentru automatizarea pronunției corecte a sunetelor în cuvinte și propoziții.

1. *Cuvinte ce conțin pe s inițial*: sub, suc, sul, sun, sac, sat, supă, sunet, Sică, silă, sită, Sile, sifon, sirop, săpun, sărat, sete, sobă, soră, sală, sapă, salam, salut, sare, Sava
2. *Cuvinte ce conțin pe s median (în interior)*: usuc, iese, rasol, casă, lasă, masă, coase, coasă, Tase.
3. *Cuvinte ce conțin pe s final*: dus, pus, vis, des, os, cos, las, ros, noros, pufos.

Sunt numeroase lucrări de specialitate în care se găsesc, amănunțit, asemenea liste de cuvinte folosite în corectarea diferitelor sunete și grupuri de sunete (E. Vrăsmăș, C. Ștănică, 1997, I. Mititiuc, 1996).

4. *Propoziții ce se pot alcătui cu cuvintele respective*:

Sava ia sapa. Supa n-are sare. Am sărat supa. Sile are sanie. Se ande un sunet. Pun sifon în sirop. Tase coase. Coase în casă. În casă e o masă. Las un vas. Iar ies la culcs. Am, des,

un vis. Coase sacul. Coase pe masă. Gust de must. Am sădit un salcâm. Sacul s-a uscat. Sandu gustă sucul. În sat, sunt stupi. S-a dus la cosit. Stan stă pe scaun. Casa noastră e spațioasă. Stelian s-a întors acasă. Lasă pe Vasile în casă. S-a ascuns pisica. Vasile este sănătos. Sanda s-a întors din sat. S-a dus pe scară în sus. Studentul nostru este serios, dar sfios. Sanda a scris surorii sale o scrisoare.

După același procedeu, se pot alcătuī cuvinte și propoziții și pentru celelalte sunete.

În fine, după același procedeu, se corectează toate celelalte defecte de pronunțare, ca dealtfel și rotacismul și pararotacismul. De obicei, derivarea sunetului r se face din pronunțarea rapidă și repetată a sunetelor t sau d, trecându-se în r (sau se pronunță repede td...td...td...tdr). Se explică subiectului poziția corectă a organelor participante la pronunție și în special faptul că vârful limbii, lipit de alveolele superioare, vibrează de două, trei ori, prin expulzarea aerului. În cazul când vibrarea vârfului limbii nu se poate realiza, subiectul poate fi ajutat cu o spatulă sau cu degetul, care antrenează mișcări la dreapta și la stânga. Rezultatele bune se obțin și prin perceperea tactil-chinestezică a vibrațiilor coardelor vocale, prin palpare de către dislalic în timpul pronunției, atât la el, cât și la logoped. Din acest punct de vedere, sunetul r este cel mai bine și mai ușor sesizabil. În același scop, copiii preșcolari și chiar școlarii mici pot imita starea de frig (birr, brrr), fornăitul cailor, zgomotul motorului etc.

Liebmann arată că r se poate pronunța corect prin derivarea sa din l. El solicită subiectului să pronunțe *lalala*, în timp ce apăsa ușor pe bărbie, făcând-o să vibreze; prin aceasta, se influențează vibrarea vârfului limbii.

R, substituit prin l, este cea mai frecventă formă de dislalie a acestui sunet la copii; se înălțură relativ ușor, folosind exercițiile care cuprind cuvinte cu ra inițial și, apoi, cu re în celelalte poziții. Ceream copilului să pronunțe cuvintele respective, independent sau în propoziții, cu gura cât mai deschisă. După câteva încercări, va pronunța corect sunetul r. Continuăm cu aceste exerciții până la fixarea lui. Apoi, treceam la exercițiile cu sunetul r, urmat de alte vocale și în combinații cu toate celelalte foneme.

R apical (pronunțat cu vârful limbii) se obține de la cei care-l înlocuiesc cu r uvular sau cu alt sunet, prin exerciții conținând cuvinte

cu combinația de consoane r. Se pronunță cu un suflu energetic, pentru ca buzele să vibreze puternic.

În final, ca și în cazul sigmatismului, sunetul r se consolidează în cuvinte și în propoziții.

1. *Cuvinte ce conțin sunetul r inițial:* rac, ras, rod, roi, rom, ros, roz, rău, râd, râs, râu, rahat, ramă, rană, rapid, rată, rază, Rada, Radu, român, rouă, Roata, Rece, rudă, rufe.
2. *Cuvinte ce conțin sunetul r în interiorul lor:* are, mare, sare, tare, gară, pară, tară, vară, horă, soră, soare, bere, mere, sură.
3. *Cuvinte ce conțin sunetul r final:* car, dar, par, sar, vor, cor, dor, nor, măr, păr, cer, ger, pahar, sober, popor.
4. *Propoziții ce pot fi alcătuite cu cuvintele respective:*

Radu râde. Rada mi-e rudă. A rămas rama. Are o pară. E horă mare. Horia e în tară. Am un păr și un măr. Tare mai râde. Afară e ger. Radu vine diseară. În măr mai văd mere. E mai răcoare. E tare frig afară. Un roi zboară peste râu. Are un trandafir. Radu trece pe cărare. Sub măr, e umbră și răcoare. Un măr din grădina noastră e tare roditor. Vara trecută, gospodăria a avut o recoltă record.

Pentru restul sunetelor nu mai prezentăm asemenea exemple, deoarece ele pot fi alcătuite, la nevoie, de către logoped.

Dislalia celorlalte sunete este întâlnită mai rar, iar corectarea lor se realizează mai ușor. În genere, în corectare, se folosesc aceleași principii ca și în cazurile de mai sus. Pentru corectarea acestor sunete se folosește, cel mai frecvent, metoda derivării. De pildă, sunetul p, când este afectat, se obține din pronunția cu suflu puternic a sunetului b și prin încordarea buzelor, ceea ce determină o atenuare a vibrării coardelor vocale (specifică pentru p); sunetul b afectat se obține din pronunția corectă a sunetului m, prin strângerea narinelor cu degășelor în timpul emisiei; sunetul f afectat se obține din pronunțarea corectă a lui p, prin retragerea buzei inferioare; sunetul v derivă din f pronunțat cu voce; sunetul d se poate realiza din pronunțarea lui n și strângerea narinelor și.m.d.

Când b este înlocuit prin consoana surdă p, sunetul b se obține cerând dislalicului să simtă cu dosul palmei că explozia aerului este mai puternică la sunetul p și că la acesta coardele vocale nu vibrează, spre deosebire de sunetul b.

D substituit prin t se corectează ca și b. În plus, cerem dislalicului să-și apese puternic vârful limbii pe dinții de sus.

G înlocuit prin c se obține ca și d. La nevoie, ușurăm pronunțarea sunetului g, apăsând cu degetul sub bărbia dislalicului, pentru a-i ridica limba spre palatul bucal.

V substituit prin f se obține ca și b. Pentru înlesnirea articulării, cerem dislalicului să atingă cu buză de jos incisivii superiori, în timp ce încearcă să pronunțe sunetul v.

Când f este afectat, se obține prin suflarea, printre buzele aproape închise, a unui curent de aer. Dacă nu-l obținem astfel, cerem subiectului să sufle spre o bilă sau o bucătică de hârtie pentru a le pune în mișcare. Apoi mărим din ce în ce distanță dintre gură și obiect. Un alt procedeu este acela al stingerii unei flăcări de chibrit sau de lumânare la distanțe din ce în e mai mari față de gură.

H afectat se corectează punând dislalicul să sufle cu gura între deschisă asupra unei oglinzi reci (oglinda se aburește) sau asupra dosului palmei; el va simți un curent larg și cald de aer.

N înlocuit cu i se corectează determinând subiectul să atingă cu vârful limbii alveolele dinților de sus. Pronunțarea lui n se ușurează, dacă ducem arătătorul copilului la una din nătile noastre și apoi, la a lui; el va simți vibrația, dacă fonemul este corect articulat.

M substituit cu b se corectează prin perceperea tactilă de către dislalic a vibrației obrazului, întâi la logoped și apoi la el însuși.

Când fonemul c este înlocuit cu t, cerem dislalicului să-și deschidă cât mai mult gura, astfel încât limba să nu poată atinge alveolele dinților de sus la pronunțarea lui c. Apoi, îl îndemnăm să compare deosebirile dintre suflul aerului la pronunțarea lui c față de a lui t. Când se pronunță t, aerul este mai puternic și mai concentrat, iar cel de la pronunțarea sunetului c este mai slab și mai difuz.

P, care este uneori substituit cu b, se corectează prin diferențierea suflurilor de aerului necesar emisiei. La p, el este mai puternic decât la b, la care se simt și vibrațiile coardelor vocale.

T se realizează prin atingerea ușoară, de către limbă, a alveolelor incisivilor superiori și nu prin apăsarea lor puternică de către dosul limbii. La t, suflul este mai puternic decât la d, iar numai la acesta dislalicul poate simți vibrațiile coardelor.

Vocalele, semivocalele și distongii:

A este vocala care se obține printr-o deschidere a gurii de circa 15 mm și prin apăsarea limbii pe planșeul bucal inferior.

Ā (deseori deformat de către hipoacuzicii de toate gradele, ca și de către disartrici) se obține prin așezarea palmelor dislalicului pe pieptul logopedului și apoi pe propriul său piept; el va simți vibrațiile

tòrachelui, când à este corect pronunțat. Pentru pronunția corectă a vocalei à, este necesară o deschidere a gurii de circa 9 mm, iar vârful limbii trebuie să fie ușor retras în interiorul cavității bucale.

E este de multe ori deformat de hipoacuzici, disartrici și de către cei care suferă de nazonanță deschisă. Ei îl pronunță mai mult sau mai puțin „întunecat”, atunci când este realizat cu efort. Pentru corectarea lui, vom cere subiectului să-l pronunțe în partea anteroară a gurii. În acest scop, fi putem solicita subiectului să execute gestul de aruncare a mâinilor de la piept înainte, concomitent cu articularea sunetului. (Mâinile trebuie să le țină cu palmele spre piept). Vocala e să pronunță corect, când vârful limbii se sprijină pe dinții incisivi inferiori, iar partea sa dorsală este ușor ridicată.

I, pe care-l deformează mai ales hipoacuzicii, se corectează prin executarea gestului de ducere în față tâmpalei a degetului arătător, iar vârful limbii sprijinit pe incisivii inferiori, partea posterioară fiind încordată, ridicată ușor spre palat.

Î, pe care îl deformează hipoacuzicii sever, se poate obține fie prin tragerea laterală a comisurilor buzelor, fie prin perceperea cu palma a vibrațiilor produse de fonem, în creștetul capului sau sub bărbie.

O, corect pronunțat, se realizează prin deschiderea mai mare și rotundă a gurii, limba retrasă în interiorul cavității bucale și prin rotirea în jurul gurii a arătătorului.

U se obține printr-o deschidere mică și rotundă a gurii și printr-o ușoară țuguire a buzelor, în timp ce partea posterioară a limbii este ridicată.

Diftongii oa și ea, monoftongați și reduși la a, se obțin corect prin exersarea pronunțării ușor prelungite a primei vocale, urmată la scurt timp de pronunțarea celei de-a doua și apoi prin articularea mai rapidă a celor două vocale succesivă.

Grupările de consoane tr și pl:

Tr se obține prin apăsarea puternică a limbii pe alveolele dinților incisivi și prin suflarea puternică și explozivă a aerului din gură.

Pi se realizează prin alipirea buzelor și prin explozia puternică în afara a suflului de aer reținut de vârful limbii lipite de cerul gurii. Pronunțarea acestei grupări de consoane se ușurează prin efectuarea gestului de aruncare scurtă și energetică a capului în jos.

La deficienții de auz, dislalia este mai gravă și are o gamă mai întinsă. Tulburarea pronunțării vocalelor, care este rar întâlnită la

normali, apare frecvent la hipoacuzici. Imitarea vizuală a modului de articulare corectă dă rezultate pozitive. Majoritatea hipoacuzicilor prezintă un ton de bază al pronunțării vocalelor mai ridicate și o amplitudine mărită, ceea ce determină dificultăți în diferențierea și identificarea sunetelor.

La debilii mintali, pronunțarea se caracterizează prin neclaritate și monotonie. Cuvintele simple se pronunță mai ușor, dar se manifestă o dislalie a silabelor, în special în cuvintele complexe. În corectarea dislaliei, automatizarea sunetelor în cuvinte se realizează cu dificultate și din cauza vocabularului sărac, a neformării structurii silabelor, a nedezvoltării auzului fonematic și a inertiei vorbirii. Structura vorbirii copiilor depinde de o serie de factori de ordin psihologic, astfel că „alegerea multor mijloace gramaticale de exprimare reflectă particularitățile gândirii copilului, orientată, mai ales, către concret, către situațiile determine afectiv” (Cazacu Slama T., 1957, pag. 401).

Spre deosebire de normal, la debilul mintal dislalia capătă forme mai rebele și mai labile, ceea ce duce, în procesul de corectare, la recăderi mai frecvente. Datorită acestei labilități mari, fixarea formei corecte se realizează cu mai mult efort, iar activitatea de educare trebuie urmărită nu numai în cabinetul logopedic, ci în toate lecțiile specifice școlilor speciale.

În educarea pronunțării corecte, o mare importanță o are folosirea unor propoziții și fraze cu rîmă. Acestea sunt repetate cu plăcere de către copil și în afara orelor de activitate logopedică. Rezultate bune, în corectarea dislaliei, se obțin și prin folosirea gestului și a mimicii în timpul pronunțării. În special, la dislalicii cu deficiențe auditive, gestul și mimica le ușurează perceperea sunetului și îi ajută să-l integreze în cuvânt, ca și folosirea dactilemelor, de altfel.

La copiii cu hipoacuzie mai accentuată, se recomandă, ca în corectarea dislaliei, să se folosească protezele auditive, pentru perceperea clară a pronunțării și pentru a putea imita mai bine, auditiv, modelul corect.

La deficienții de vedere, în corectarea dislaliei, un accent deosebit trebuie să se pună pe imitarea auditivă corectă a pronunției. Suplinirea vederii se poate realiza și prin exerciții de derivare a unor sunete pronunțate incorrect din acele sunete care sunt emise fără dificultate și prin perceperea tactil-kinestezică a mișcărilor pe care le execută aparatul fono-articular în timpul pronunțării corecte.

În general, toate metodele și procedeele descrise pot fi aplicate la oricare categorie de subiecți cu tulburări de pronunție, cu condiția să se accentueze acea latură care le este mai accesibilă și să se țină seama de vârstă, de deficiențele asociate dislaliei, de nivelul dezvoltării intelectuale, de personalitatea subiectului.

Exersarea pronunțării corecte a sunetelor, după procedeele descrise mai sus, se finalizează cu fixarea acestora în cuvinte. Inițial, fixarea sunetelor se va face în cuvinte mai bine cunoscute de dislalic și care pot constitui, ulterior, cuvinte de sprijin pentru utilizarea unui vocabular mai complex.

Dacă subiectul știe să scrie și să citească, odată cu obținerea corectă a sunetului, acesta se exercează și se fixează, atât în vorbirea orală, cât și în cea scrisă și citită. Prin acestea, se dezvoltă posibilitățile de analiză și sinteză a cuvântului, stimulându-l pe subiect în comunicarea cu cei din jur.

În toate metodele și procedeele descrise pentru corectarea diferitelor sunete, în funcție de vârstă și în măsura dotării cabinetului logopedic, pentru a imprima și tentă de joc, dar și pentru a facilita emisarea verbală, se pot folosi și aparate cu ecran, pe care se vizualizează unda pronunției corecte, peste care trebuie să se suprapună unda pronunției subiectului (repetând până ajunge la această performanță) sau apare pe ecran un obiect ce dispare treptat și gradat, prin lovirea sa de o rachetă, iar efectul este dependent de pronunția mai mult sau mai puțin corectă. Poate fi și o păpușă conectată la ecran și așezată la loc vizibil, care bate din palme la pronunțarea corectă a subiectului și.a.

4. Organizarea activității de practică logopedică

Organizarea activității de practică logopedică nu se face numai pentru corectarea tulburărilor de pronunție, ci și pentru toate celelalte tulburări. Aceasta privește, în egală măsură, amenajarea spațiului în care se desfășoară activitatea, inclusiv dotarea cabinetului cu mobilier și materialul didactic necesar, ca și selectarea unor probe pentru diagnoza tulburărilor de limbaj, a metodelor și procedeeelor educațional-corective și a unui material informativ din domeniul logopiediei și din domenii tangente cu preocupările respective.

Succesul activității logopedice depinde nu numai de metodele și procedeele aplicate, de pricperea specialistului, dar și de modul în care este organizată activitatea de corectare. Întregul complex de măsuri organizatorice are la bază o serie de principii izvorâte din însăși activitatea practică cu logopașii, după care se ghidează nemijlocit logopedul. O importanță deosebită o are locul unde funcționează cabinetul logopedic, cât și populația logopată pe care o deservește. În aceeași măsură, interesează frecvența tulburărilor de limbaj din raza cabinetului logopedic, categoria de vîrstă a subiecților și nivelul dezvoltării mintale a acestora.

Există un anumit specific al activității logopedice desfășurate în cadrul centrelor interșcolare, deosebit de cel din cabinetele logopedice de pe lângă polyclinici, spitale sau de pe lângă școlile speciale. În principiu, activitatea centrelor logopedice interșcolare se desfășoară cu subiecți logopați normali, din punct de vedere psihic și senzorial (celelalte cabinete sunt frecventate de subiecți cu tulburări de limbaj, apărute pe fondul unor deficiențe psihice, organice-funcționale, senzoriale și intelectuale). Se înțelege că, în funcție de aceste particularități, cât și de particularitățile de vîrstă, de nivelul instrucției și culturii logopașilor, sunt diferite și tipurile de activitate. Toate aceste caracteristici determină specificul activității logopedice. La ele se adaugă tipul tulburării de vorbire și modul cum acesta influențează personalitatea și conduită logopatului.

Dacă pentru cabinetele logopedice din școlile speciale și din centrele de plasament, din polyclinici și spitale, acțiunea de depistare a subiecților cu tulburări de vorbire prezintă o importanță mai mică, deoarece există evidența lor, pentru cabinetele logopedice interșcolare, la fiecare început de an școlar trebuie inițiată o acțiune de depistare a tuturor (sau a majorității) copiilor școlari și preșcolari care prezintă diferite deficiențe de limbaj și care au nevoie de un tratament logopedic. Este necesară o evidență strictă a copiilor deficienți, pentru a putea începe activitatea de corectare în funcție de vîrstă și gravitatea tulburării. Considerăm că este necesar să fie luați în tratament, în primul rând, copiii preșcolari și școlarii mici, pentru a nu permite tulburărilor de vorbire să se transforme în deprinderi greșite; cât și pentru optimizarea procesului instructiv-educativ. Se știe că deprinderile deficitare se înlătură mai greu și într-un timp mai îndelungat; formarea unor automatisme noi, însă, se realizează mult mai repede. Nu trebuie neglijati nici acei școlari care sunt la vîrstă pubertății și adolescenței, știut fiind că tulburările de limbaj provoacă

- mai ales în această perioadă – pe fondul unei excitabilități crescute și a frământărilor lăuntrice, modificări profunde în personalitatea logopatului. La această vîrstă, activitatea logopedică trebuie să fie deosebit de atentă, știute fiind preocupările acestei categorii de subiecți față de propria persoană și susceptibilitatea acestora în relațiile cu cei din jur.

În acest context, activitatea logopedică se poate organiza pe etape, pentru a ierarhiza importanța obiectivelor și a stabili prioritatea demersurilor ce se fac. Astfel, în prima etapă, etapa de depistare, logopedul efectuează un examen sumar al vorbirii copiilor, din toate punctele de vedere (al articulației, al fonației, al respectării regulilor gramaticale, al lexicului etc), fixând un diagnostic provizoriu. Unele date suplimentare, ce țin de comportamentul logopatului, pot fi menționate, fie pe baza observației directe, fie din relatările cadrelor didactice. Dar diagnosticul diferențial se va preciza mai exact în cabinetul logopedic. În etapa de depistare, atât cât permite timpul, se vor efectua observații asupra sunetului sau grupului de sunete afectate, asupra tipurilor de cuvinte în care este deficitar, cât și a modului cum subiecțul înțelege vorbirea persoanelor înconjurătoare, fluentă vorbirei și a scrisului și.a.

Cea de-a doua etapă, etapa de corectare, se va desfășura în cabinetul logopedic sau prin activitatea logopedului direct în școală sau în grădiniță. Atunci când sunt logopați cu tulburări grave, ca dislalie polimorfă, logonevroză, alalie, afazie sau când apar complicații psihocomportamentale, ca urmare a handicapului de vorbire, este indicat ca pentru început (căteva ședințe) activitatea de corectare să se desfășoare individual. Pe măsură ce subiecțul se acomodează cu logopedul și începe să aibă încredere în el, se pot constitui grupe, pentru a putea beneficia de activitatea de corectare, un număr cât mai mare de logopați. Dacă tulburările de limbaj sunt ușoare și nu produc efecte negative deosebite în planul personalității, se pot constitui, de la început, grupe pentru corectare. Avantajul activității de corectare pe grupe rezultă și din faptul că subiecții se stimulează reciproc. În plus, se formează obișnuința de a vorbi în fața colectivului, facilitând integrarea subiecțului în acesta.

Constituirea grupelor de logopați trebuie să aibă la bază câțiva parametri mai importanți:

- approximativ aceeași vîrstă;
- același nivel de dezvoltare psihică și intelectuală;
- același tip de tulburare.

Pentru a se putea realiza o conlucrare eficientă cu fiecare subiect, grupele de logopăți nu trebuie să fie prea mari (4-6 subiecții). Activitatea în grup devine mai eficientă atunci când se adoptă și exerciții ajutătoare, premergătoare aplicării metodelor de corectare a limbajului. Din această categorie fac parte, cum s-a văzut, exercițiile de respirație, de gimnastică pentru dezvoltarea motricității generale și a motricității aparatului fono-articulator, de dezvoltare a auzului fonematic, de psihoterapie etc.

O importanță similară trebuie acordată, selectării textelor folosite în efectuarea exercițiilor pentru corectarea limbajului. Este de remarcat că asimilarea modalităților de corectare este dependentă și de forma textelor și povestirilor, de conținutul acestora care trebuie să respecte anumite condiții.

Oamenii învață mult mai repede și rețin mult mai ușor materialul care corespunde interesului și atitudinilor lor, aşa cum am mai arătat (este adevărată și reciproca) - (Levine și Murphy).

Pentru optimizarea activității de corectare a tulburărilor de pronunție, se vor folosi instrumente și material didactic din dotarea cabinetelor logopedice. Susținem utilizarea unor instrumente (ca cele din trusa logopedică) numai în caz de absolută nevoie (ele au o eficiență limitată, iar unei copii pot manifesta teamă sau chiar negativism față de ele). Întregul material din dotarea cabinetelor logopedice se va folosi în funcție de vârstă, de înțelegerea subiectului, de tipul de deficiență și de posibilitățile de adaptare față de acesta.

Prințre cele mai importante instrumente, aparate și material didactic ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de limbaj și care intră în dotarea cabinetului logopedic, menționăm:

- trusa logopedică: conține o serie de instrumente - spatule, sonde pentru fixarea poziției corecte a limbii, buzelor în timpul emisiei sunetului afectat;
- spirometrul, folosit pentru măsurarea și exersarea capacitatii respiratorii;
- casetofonul, cu ajutorul căruia se înregistrează vorbirea subiectului în diferite etape de corectare, în scopul marcării progreselor înregistrate, pentru ascultarea propriei vorbiri, dar și a unei vorbiri corecte (pentru comparația între rezultatele anterioare și cele prezente, la care este solicitat subiectul);
- metronomul sau dinamometrul, pentru imprimarea ritmicității vorbirii;

- oglinziile logopedice, cu ajutorul cărora se realizează controlul pronunției (nazale sau bucale) și imitarea vizuală a modelului corect;
- canapeaua medicală, necesară exercițiilor de respirație și a echilibrării expir-inspir;
- scheme și imagini care indică poziția corectă a aparatului fono-articulator în timpul pronunției diferitelor sunete;
- imagini pentru stimularea vorbirii, mai cu seamă în cazul copiilor mici;
- diapozitive folosite în același scop;
- jucării în care se poate sufla (pentru exersarea capacitatei respiratorii) etc

Adeseori, în practica logopedică, în timpul corectării dislaliei sau a altor tulburări de limbaj, se utilizează ilustrații. Acestea nu contribuie direct la corectarea vorbirii tulburate, dar ele sunt utile, mai ales în munca cu preșcolarii mici, deoarece le stimulează activitatea verbală. Folosirea ilustrațiilor asigură:

- intuirea obiectelor și fenomenelor;
- declanșarea spontană a denumirii acestora;
- stimularea interesului pentru activitatea verbală;
- demonstrarea mai facilă a sensului ideilor vehiculate.

Conținutul și varietatea ilustrațiilor sunt condiționate de vârstă și de nivelul înțelegерii copiilor. Se impune o mare atenție din partea logopedușului, deoarece folosirea unor ilustrații cu aglomerări mari de obiecte sau fenomene distrage atenția copilului de la scopul activității logopedice. Mai eficiente ni se par suitele de imagini. Ele permit constituirea narătiei unitare, din care putem desprinde nu numai modul cum pronunță subiectul, dar și nivelul înțelegерii conținutului celor prezентate. Faptul ne îngăduie aprecieri și asupra nivelului dezvoltării intelectuale a subiectului, ceea ce prezintă o importanță deosebită în stabilirea metodelor și procedeelor de corectare a vorbirii. Dar oricără avanaje nе-ар conferi, nu optăm pentru utilizarea excesivă a ilustrațiilor, nici chiar în cazul preșcolarilor, pentru că astfel ne abatem de la scopul principal, acela de corectare a vorbirii.

Un alt aspect, căruia merită să-i acordăm importanță cuvenită și care face parte integrantă din concepția noastră cu privire la modul de organizare a activității logopedice, este acela al asigurării continuității corectării vorbirii și în afara cabinetului logopedic (în familie, în grădiniță, în școală, la locul unde își desfășoară activitatea

logopatul). Pentru realizarea acestui deziderat, este necesară asigurarea unei colaborări permanente între logoped, cadrele didactice și membrii familiei logopatului. Părinții trebuie inițiați pentru a putea continua unele exerciții prescrise de specialist și mai ales acelea care urmăresc consolidarea sunetului corectat, prin folosirea lui în propoziții și povestiri adecvate. În același timp, părinții trebuie determinați să înțeleagă necesitatea abținerii de la unele inițiativе care pot dăuna vorbirii subiectului. Persoanele din anturajul logopatului pot fi de un real folos, prin crearea unui climat favorabil activității, prin stimularea continuă și manifestarea înțelegerei față de deficiența sa. O atmosferă corespunzătoare în familie poate evita eșecul școlar în care subiectul se poate lăsa antrenat, nu din cauza incapacității sale intelectuale, ci datorită frământărilor lăuntrice și a pierderii încrederii în propriile-i forțe.

Diversificarea și specializarea tot mai accentuate a profesiilor, precum și creșterea ponderii factorului intelectual în desfășurarea diferitelor activități, corespunzător cu creșterea permanentă a necesarului de forță de muncă de înaltă calificare pe care o reclamă dezvoltarea socială actuală, împun școlii eforturi tot mai mari în reducerea și chiar eliminarea eșecurilor.

Problema randamentului școlar este astăzi, mai mult ca oricând, în atenția pedagogilor și psihologilor, chemați să găsească cele mai eficiente metode și procedee, care să ridice nivelul calitativ al procesului instructiv-educativ. Sunt numeroase situațiile în care aşa-numitele cazuri-problemă s-ar putea rezolva printr-o cunoaștere profundă. Astfel, am înțelege că este vorba, de fapt, nu de cazuri-problemă, ci de elevi cu probleme, a căror rezolvare este posibilă printr-o strânsă colaborare între școală-familie-psihologi și pedagogi.

Depistarea diferitelor tipuri și grade de deficiență ar permite luarea lor în evidență și tratament, și desfășurarea, cu acești elevi, a unei activități și tratament și desfășurarea cu aceștia a unei activități instructiv-educative specialize, care să-i scoată din categoria elevilor cu insuccese școlare sau din categoria „elevilor problemă”. Adesea, se ajunge la un decalaj mai mare între elevii cu diferite deficiențe și elevii normali, datorită opției unor pedagogi cu privire la posibilitățile acestora. Se consideră, adesea - când există în clase și elevi cu tulburări de vorbire - că ei nu pot să se ridice la nivelul exigențelor colectivului respectiv, acordându-li-se, de multe ori, doar calificative minime, necesare promovării dintr-o clasă în alta. Trecerea ulterioară a acestor elevi în alte forme de școlarizare, îi pune în față unor situații

dificile, pe care, de multe ori, nu le pot rezolva, devenind într-adevăr „elevi-problemă”.

Tulburările de limbaj pot fi foarte variate – de la forme ușoare – aproape insesizabile sub raportul randamentul școlar, a căror manifestări nu influențează vizibil reușita la învățătură – până la tulburări grave, cu implicații profunde în desfășurarea activității școlare.

În unele forme ale tulburărilor, se poate constata o rămânerie în urmă a elevilor, începând chiar din primele clase de școală. Ca urmare a unor cauze obiective, manifestarea deficienței de pronunție, spre exemplu, atrage după sine apariția dificultăților de scriere. Dacă fenomenul nu se înlătură la timp, decalajul față de ceilalți elevi va crește treptat, elevul respectiv ajungând să fie considerat slab dotat, din punct de vedere intelectual. În acest caz, însuși elevul va accepta acest calificativ, adoptând o atitudine de totală inactivitate. În unele forme grave de logopedie, se pot întâlni și alte aspecte: elevul poate avea un randament școlar mult mai scăzut decât posibilitățile lui, datorită unei integrări defectuoase în colectivul de elevi și a existenței unor relații anormale între familie și școală.

Integrarea logopăților într-un colectiv nepregătit pentru primirea unor astfel de elevi va fi dificilă; foarte repede, elevul va deveni ținta ironiilor colegilor săi, va fi imitat, va fi izolat de ceilalți copii, ceea ce va duce, treptat, la o închidere în sine, la slăbirea încrederii în capacitatele proprii, la autorealizare, la trăirea unor stări penibile în fața clasei și a pedagogilor.

Subiectul neintegrat, deși înzestrat cu posibilități intelectuale, va refuza să răspundă la lecții și, prin urmare, va fi apreciat ca slab sau foarte slab. Acest fapt va genera conflicte și tensiuni emotionale, cu consecințe immediate asupra activității de învățare, fiind afectată și motivația acestuia. Dacă toate acestea vor fi întreținute și de un dezinteres din partea familiei și de o lipsă de preocupare din partea școlii, randamentul scăzut al elevului va afecta întreaga sa personalitate.

Neadaptarea logopatului este determinată, aşadar, nu numai de gravitatea handicapului de vorbire, dar și de atitudinea față de deficiența sa. Tulburarea relației afective dintre logopat și colectivul de elevi în care își desfășoară activitatea are influențe asupra randamentului și, în general, determină insuccese.

S-a constatat că odată cu corectarea tulburărilor de limbaj, subiectul și-a îmbunătățit simțitor și randamentul școlar, producându-

se modificări esențiale și în stabilirea unor relații tonifiante cu colectivul din care face parte. De pe aceste poziții, înțelegem mai bine necesitatea organizării activității logopedice, în aşa fel încât tulburările de vorbire să se depisteze și să se corecteze de la vârsta preșcolară. Corectarea logopatiei contribuie, pe de o parte, la înlăturarea insuccesului în activitatea școlară, iar pe de altă parte, asigură creșterea receptivității față de influențele pozitive care conduc la formarea armonioasă a personalității.