

# Diagnosticarea și clasificarea tulburărilor de limbaj

## Continut

Capitolul I. Caracteristica limbajului și aspectele clasificării patologiei lui

- 1.1 Limbajul și dezvoltarea lui în ontogeneză
- 1.2 Definirea și clasificarea tulburărilor de limbaj

Capitolul II. Cercetarea și terapia tulburărilor de limbaj

- 2.1 Cercetarea vorbirii copiilor cu tulburări de limbaj
- 2.2 Rolul exercitiilor de respirație în terapia tulburărilor de vorbire

Capitolul III. Partea practică

- 3.1 Cercetarea unui copil cu tetacism
- 3.2 Corectarea

## Introducere

La vârsta preșcolară și școlară mică, limbajul capătă noi valențe ce îi permite copilului să realizeze relații complexe cu adulții și cu ceilalți copii, să-și organizeze activitatea psihică, să acumuleze informații, să însușească experiența socială.

Cu ajutorul limbajului se formează și se organizează sisteme în care sunt integrate cunoștințele, ceea ce contribuie și la formarea personalității colului. Copii cu tulburări de limbaj au aceeași necesitate de bază în creștere și dezvoltare, dar totodată au și anumite necesități particulare specifice, individualizate.

Actualitatea cercetării principalelor tulburări de limbaj este fundamentată și de faptul că de la 9 % până la 30 % din copii de vârsta preșcolară și școlară mică sunt marcați de nedezvoltarea vorbirii.[8]

Cercetările tulburărilor de limbaj sunt necesare nu numai pentru prevenirea acestor tulburări, dar și pentru adoptarea unei metodologii științifice în stabilirea diagnosticului diferențiat și modalități de corectare.

O deosebită importanță în acest scop o are studierea și elaborarea unei clasificări a tulburărilor de limbaj care să oglindească toate varietățile, aspectele semnificative ale acestora.

În decursul istoriei dezvoltării logopediei cercetătorii tindeau către o astfel de clasificare, dar și în timpul de față problema clasificării rămâne a fi una din actualele probleme nu numai a logopediei, dar și a altor discipline științifice care se preocupă de dereglările activității verbale.

Complexitatea clasificării tulburărilor de limbaj e condițională de un șir de cauze, cea mai importantă fiind studiere insuficientă a mecanismelor vorbirii, la fel și necoincidența părerilor expuse de diferiți autori privitor la principiile pe baza cărora trebuie să fie expusă clasificarea.

Necesitatea de a elabora o astfel de clasificare a tulburărilor de limbaj a stimulat cercetările a mai multor savanți ca: M. Hvatțev, R. Levina, L. Volcova, C. Păunescu, E. Verza ș.a.

## Capitolul I. Caracteristica limbajului și **aspectele clasificării patologiei lui**

### Limbajul și dezvoltarea lui în ontogeneză

Limbajul uman constituie unul dintre cele mai complexe fenomene psihosociale. El reprezintă actul fundamental de legitimare a omului și de situare a sa pe scara evoluției și progresului materiei vii.

Limbajul reprezintă funcția de exprimare și de comunicare a gândirii prin utilizarea de semne, care au o valoare identică pentru toți indivizii din aceeași specie, în limitele unei arii determinate. Iar vorbirea la rândul ei este utilizarea limbajului articulat în comunicare.

Limbajul se realizează prin coordonarea unitară a unui complex de sisteme aferente și eferente, el este rezultatul activității organelor de coordonare, care recepționează din exteriorul organismului o serie de semnale linguale, le descifrează conținutul semantic și, pe baza acestora, elaborează semnale verbale inteligibile.

Însușirea limbajului este o activitate care presupune efort îndelungat din partea individului.

Copilul se naște într-o baie lingvistică mai „caldă” sau mai „rece”, mai „largă” sau mai „strâmtă” pe care o fructifică și o valorifică ajutat sau nu de adulții din jur. Aceasta se realizează în etape și faze dificile pe care copilul nu le resimte ca atare. [4,pag.169]

Profesorul B.E. Levina distinge cinci etape pe care le parcurge copilul în însușirea vorbirii:

La prima etapă – prefonetică- copilul este lipsit nu numai de vorbirea activă, ci și de capacitatea de înțelegere a vorbirii, chiar de diferențierea a sunetelor.

La a doua etapă apare capacitatea de diferențiere a fonemelor celor mai depărtate și mai contrastate, în schimb lipsește capacitatea de diferențiere a sunetelor apropiate. Pronunția copilului este greșită, alterată. El nu este capabil nici să distingă pronunția corectă sau incorectă a persoanelor din jur, nici să observe particularitățile vorbirii proprii.

În a treia etapă intervin mutații hotărâtoare. Copilul începe să audă sunetele vorbirii în conformitate cu trăsăturile lor fonematice. El recunoaște cuvintele pronunțate greșit și este capabil să facă distincție între o pronunție corectă și una greșită. Vorbirea lui se menține încă incorectă, dar apar unele sunete intermediare între sunetele pronunțate de copil și cele pronunțate de adult.

În etapa a patra devin predominante noi imagini perceptivă ale sunetelor. Totuși copilul nu a depășit complet forma anterioară și el continuă să perceapă greșit unele cuvinte pe care le aude. Vorbirea activă ajunge la un nivel de corectitudine aproape completă.

În etapa a cincea procesul dezvoltării fonematice se desăvârșește. Copilul aude și vorbește corect. El își formează imagini auditive fine și diferențiate atât ale cuvintelor cât și ale sunetelor distincte.

Iar acum vom descrie procesul evoluției limbajului în etape cronologice.

În privința articulării sunetelor până la emiterea unor structuri sonore se pot constata patru etape succesive. (Garcia – Sanchez I.N. 1995).

I între 0 - 6 luni – etapa vocalizării primare, sunetele emise dobândind o ușoară valoare de semnalizare, la început întâmplătoare.

II între 6- 10 luni – etapa gânguriturii, când vocalizările se organizează parțial în seturi respective de sunete; ele au o funcție de antrenament, de fortificare pentru vorbirea ulterioară.

III între 10 luni – 12,15 luni – etapa lalațiunii în care aceste seturi repetitive se organizează mai amplu, complex, apropiindu-se treptat de o pseudoconversație prin care copilul tinde să imită ceea ce aude în jurul său (fără semnificație pentru el).

IV în jurul vârstei de 12-15 luni - debutează etapa primelor cuvinte. Inițial se produc vocalizări combinate cu lalațiuni sub forma similară a cuvintelor pentru ca mai apoi să apară un „sâmbure” de cuvânt propriu – zis. Aceasta este etapa crucială pentru progresul ulterior al copilului în asimilarea limbajului. Nu avem de a face cu un cuvânt în sine, ci un element, căruia atribuindu-se o anumită semnificație ajunge să îndeplinească o funcție ca atare.

M. Cohen distinge 4 etape în evoluția limbaj infantil:

I între 8-10 luni – primele elemente de comunicare (pseudocuvinte izolate).

II între 10-14 (18) luni – multiplicarea acestor elemente, utilizate repetat.

III între 18-36 luni - prezența primelor sinteze, perfecționate treptat.

IV după 36 luni – prezența formelor gramaticale specifice adultului.

Dezvoltarea pronunției sunetelor se bazează pe structura aparatului articulator. Primele 4-5 luni reprezintă perioada sunetelor pseudoverbale. Spre vârsta de 6 luni apar „pseudocuvintele” compuse din câteva silabe. De la 7 – 18 luni nu fonemele au semnificație, ci intonația, ritmul, abia după aceasta – conturul general al cuvântului.

La 1,5 ani limbajul copilului constă din cuvinte cu caracter instabil al conținutului sonor și uneori cu reducere a cuvântului până la o silabă. Mai constante cuvintele devin spre vârsta de 2 ani. În această perioadă copilul trece de la cuvinte primitive și imitații de sunete la formarea stereotipurilor silabice concrete.

Primele consoane pe care încep să le pronunțe corect sunt cele labio-labiale: p, b, m. La 2 ani ei pronunță liber sunetele palato – lingviale anterioare și posterioare: t, d, g, c. Mai greu copii pronunță sunetele z, s, j, h, l, r.

Asimilarea sau dezvoltarea simțului sintactic: „a aptitudinilor, gramaticale” reprezintă o direcție sincronă de dezvoltare esențială a limbajului copilului.

Se poate sesiza o cronologie specifică a evoluției sintactice a micului „ucenic” în ale vorbirii. Mai întâi apar substantivele în vorbirea copilului apoi verbele și mai apoi adjectivele și adverbele (V. Ștern).

M. Serra (1995) distinge o periodizare mai desfășurată:

I stadiu (9 – 18 luni) – structurarea unui element ce revine cu frecvență mare: interogare prin intonare și accent pe ultima silabă (ma-ma).

II stadiu (1,6 – 2 ani) – structuri din 2 elemente combinate: subst. + negație (exemplu: „tata, nu”); adj.+subst; subst+ verb (exemplu: „mama, unde”); interogație mai clară.

III stadiu (24-30 luni) – structuri din 3 elemente: negația + 2 subst.; 2 adj.+ un subst.; nume + 2 adj.; sintagme verbale (2 verbe + adverb). Apar propoziții și primele flexiuni: pluralul, femininul , trecutul verbelor, pronumele personal.

IV stadiu (2,6 – 3 ani) – structuri orale din 4 elemente, veritabile sintagme propoziționale, deși uneori eliptice și parțial în dezacord gramatical.

V stadiu (3 – 3,2 ani) – structuri orale frazate la peste 4-5 cuvinte; tentative de a le modifica și lega între ele.

VI stadiu (3,2 – 4,6 ani) se trece la analiza structurilor, la conștientizarea erorilor și la autocorecție. Însușirea clișeele verbale corecte.

VII stadiu (peste 4,6 ani) – structuri înlănțuite în discurs, deși acesta nu este lung și mai are greșeli de logică și succesiune; copilul este capabil de înscrierea a 3-5 propoziții.

În ceea ce privește evoluția lexicului infantil Emil Verza relevă următoarele performanțe ale copilului normal, care (1983):

- la aproximativ 1 an posedă 100 cuvinte.

- la circa 3 ani posedă între 400 – 1000 cuvinte.
- la 6 – 7 ani viitorul elev va dispune de circa 2500 cuvinte dintre care 800 active.
- la 10 – 11 ani, în clasa a IV, lexicul se ridică la 4000 – 4500 cuvinte din care 1500 – 1700 sunt active.

Vârsta între 2 și 5 ani este cea mai favorabilă pentru dezvoltarea vorbirii. În perioada aceasta se desfășoară mai bine activitatea practică de instruire verbală și cu o pondere mai mare se dezvoltă aparatul central și periferic al vorbirii. Anume în perioada aceasta de vârstă trebuie să fie dezvoltată vorbirea la copii, deoarece mai târziu acest lucru este mai greu de realizat. La vârsta de 6 –7 ani copii posedă bazele vorbirii orale externe, însă fără o instruire specială la ei nu se pot forma deprinderi de vorbire scrisă, deoarece această funcție este limitată de dezvoltarea insuficientă a mecanismelor de limbaj scris.

Procesul de însușire a citit – scrisului, în cadrul căruia se dezvoltă reprezentarea precisă a componentei cuvântului, copilul formându-și priceperea de o analiza fiecare sunet din cuvânt și a-l deosebi de celelalte sunete, influențează perceperea fină și conștientă a laturii fonetice a vorbirii.

În toate etapele dezvoltării copilului vorbirea exercită o influență uriașă asupra formării tuturor proceselor psihice și joacă un rol de seamă în reglarea comportamentului și activității acestuia.

## Definirea și clasificarea tulburărilor de limbaj

Înșușirea limbajului este o activitate care presupune un efort îndelungat din partea individului. Aceasta este pentru că tehnica de recepționare și de exprimare a comunicării este una din cele mai complicate priceperi omenești. Ținându-se cont de dificultățile coordonării mișcărilor foarte fine ale aparatului fonarticulator un anumit procent al semenilor noștri nu reușesc să stăpânească tehnica vorbirii, de aceea prezintă tulburări de limbaj.

Tulburări de limbaj se diferențiază de particularitățile vorbirii individuale, și de particularitățile psihofiziologice de vârstă (unii oameni vorbesc nuanțat, expresiv, alții au o vorbire mai puțin inteligibilă, obositoare, prea șoptită). Este absolut necesar să se facă o delimitare precisă între particularitățile individuale ale limbajului și tulburările de limbaj. Primul indiciu pe baza căruia putem suspecta un copil ca având tulburări este frecvența mult mai mare a dificultăților de exprimare față de posibilitățile medii pentru vârsta lui. În acest sens tulburările în vorbire trebuie să fie tratate cât mai timpuriu după apariția lor.

În categoria tulburărilor de limbaj se cuprind toate deficiențele de înțelegere și exprimare orală, de scriere și citire, de mimică și articulare; stau orice tulburare, indiferent de forma sa, care se răsfrânge negativ asupra emisiei ori a percepției limbajului.

„Prin tulburările de limbaj înțelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii cât și al percepției, începând de la reglarea diferitor componente ale cuvântului și până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă” (M. Guțu 1975).

Ursula Șchiopu propune o astfel de definiție a tulburărilor de limbaj. Comunicarea verbală depinde de trei funcții: (Pichon):

- Funcția apetitivă – a vrea să vorbești;
- Funcția ordonatoare pentru a asimila și a organiza sistemul de semne folosit de cei din jur;
- Funcția de realizare care permite transmiterea la altul, prin intermediul cuvântului vorbit sau scris.

Tulburările de limbaj rezultă din împiedicarea uneia din cele trei funcții, fapt ce determină o tulburare particulară caracteristică.

Tulburările funcțiilor apetitive: mutismul (.total sau selectiv și tulburări cauzate de întârzierea dezvoltării acestei funcții, pot fi mai frecvente la copii.)

Tulburările funcțiilor ordonatoare se exprimă prin întârzierea vorbirii sau tulburarea vorbirii primare, tulburare de limbaj de tipul bâlbâielii.

Tulburările funcției de realizare (anomalii sau leziuni „instrumentale”, senzoriale sau motrice) se obiectivează în dislalii, dizartrii și alte tulburări de articulare sau deficiențe de pronunție.[9, pag.708]

În primele etape de constituire a logopediei ca știință ea nu dispunea de propria clasificare a tulburărilor de limbaj, deoarece era profund influențată de succesele dezvoltării medicinei în Europa sec. XIX –XX.

Una din primele clasificări a fost înaintată de A.Kussmaul (1887) care a supus analizei critice datele despre tipurile de dereglări, le-a sistematizat și a reglementat terminologia. Această clasificare a stat la baza multor modificări în lucrările cercetătorilor din primele decenii a sec. XX ca: V. Oltușevschi, G. Gutțman, A. Freșels, S. Dobrogaev.[10,pag.44]

În cadrul acestor clasificări erau foarte multe asemănări: atitudinea clinică, completată cu criteriile etiopatogenetice, legătura diverselor tipuri de tulburări cu forme de boli (în acest caz tulburările de limbaj erau socotite ca un simptom al bolii), la fel și limba descrierii, căci se foloseau termenii latini și grecești.

Nici un autor n-a reușit consecutiv să întemeieze o clasificare bazată pe un anumit criteriu. Ca urmare la aceasta a apărut o necoincidență atât în nomenclatura felurilor și formelor tulburări de limbaj, cât și în folosirea termenilor. Unele și aceleași dereglări erau numite cu diferiți termeni și invers, diferite dereglări erau notate cu același termen. Atât contradicțiile între clasificările separate, cât și în cadrul uneia și aceleași clasificări au început să se manifeste pe fonul realizării științelor fundamentale și aplicate ale sec. XX: fiziologia activității S.N., psihologia, lingvistica, medicina, pedagogia. Logopedia nu a rămas în afara acestei tendințe. În clasificarea clinică s-au introdus corective în rezultatul cărora s-au schimbat simțitor părerile despre diversele feluri de tulburări atribuite unei singure forme, semnificativ s-a întregit caracteristica plină de conținut a tulburările de limbaj. [10, pag.44]

Cauzele tulburările de limbaj sunt destul de variate începând cu unele anomalii anatomo – fiziologice ale SNC ori nesincronizări în funcționarea segmentelor aferente – eferente ect și terminând cu imitarea unor metode neadecvate de educație etc. Tulburările de limbaj sunt consecința acțiunii simultane sau succesive a mai multor factori care acționează în diferite perioade de dezvoltare a copilului:

1. per. intrauterină;
2. în momentul nașterii;
3. în primii ani de viață.

În prezent în literatura de specialitate există mai multe încercări de clasificare a tulburărilor de limbaj în funcție de varietatea criteriilor.

Constantin Păunescu (1966) diferențiază trei mari categorii de sindroame:

- a) Sindromul dismaturativ manifestat prin întârzierea simplă în apariția și dezvoltarea vorbirii: dislexia de evoluție, bâlbâiala fiziologică, dislexia – disgrafia de evoluție.
- b) Sindroamele extrinseci limbajului și vorbirii, dislalia, disartria, disritmia – bâlbâiala, tahilalia, bradilalia.
- c) Sindroame intrinseci limbajului și vorbirii comportând tulburările elaborării ideationale a limbajului și grupând sindromul dezintegrativ sau disfazia și sindromul dezintegrativ sau afazia.

În logopedie se folosesc patru tipuri de clasificări a tulburări de limbaj:

- I. Clasificarea clinico – pedagogică;
  - II. Clasificarea psihologo – pedagogică;
  - III. Clasificarea pedagogică;
  - IV. Clasificarea logopedică.
- I. Clasificarea clinico – pedagogică.

Această clasificare se bazează pe tradiționala legătură a logopediei cu medicina și este orientată spre corectarea defectelor vorbirii, spre cultivarea atitudinii diferențiate către lichidarea lor și e îndreptată spre aprecierea maximă a tipurilor și formelor de tulburări.

Ea se orientează asupra unui ansamblu de criterii psiholingvistici și clinici.

Rolul conducător îi revine criteriilor psiholingvistici:

- 1. dereglarea formei limbajului (oral, scris).
- 2. dereglarea felului de activitate verbală corespunzător fiecărei forme (pentru cea orală – dereglarea vorbirii și înțelegerii, pentru cea scrisă – dereglarea scrierii și citirii).
- 3. dereglarea etapei de apariție și percepere a vorbirii.
- 4. dereglarea operațiilor care realizează îndeplinirea însărcinărilor la o etapă sau la alta a procesului de apariție și de percepție a vorbirii.
- 5. dereglarea mijloacelor de îndeplinire a însărcinărilor.

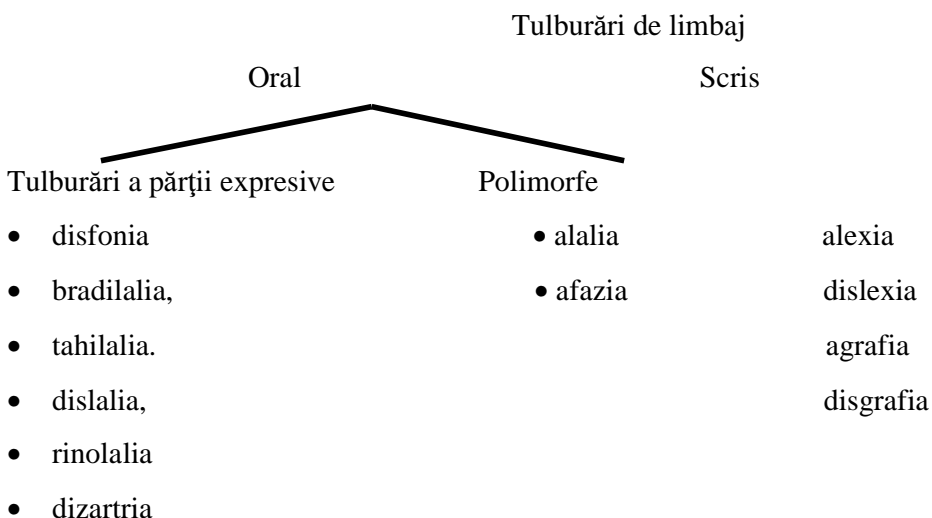
Criteriilor clinice le revine rolul de concretizare și sunt orientate spre lămurirea funcției substratului anatomo-fiziologic, dereglării lui și apariției cauzelor.

Dintre acestea evidențiem:

- 1. factori care au condiționat la apariția tulburărilor (biologici sau speciali)
- 2. în baza cărui fon se dezvoltă tulburarea (organic sau funcțional).
- 3. în care zonă a sistemelor verbale e localizată tulburarea (centrală sau periferică).
- 4. nivelul de tulburare a aparatului central sau periferic al vorbirii.
- 5. timpul apariției.

Felurile tulburări de limbaj numite în clasificarea clinico – pedagogică:





## II. Clasificarea psihologo- pedagogică (Levina R.E.)

Această clasificare se bazează pe selectarea semnelor deficiențelor verbali, care sunt importante în realizarea procesului instructiv – educativ al elevilor.

Pentru aceasta e necesar de a găsi manifestări comune ale defectului în cadrul diferitor forme ale tulburărilor de limbaj. Pe baza criteriilor psihologici și lingvistici se evidențiază:

- ❖ Componente structurale ai limbajului (latura fonetică, vocabularul, structura gramaticală);
- ❖ Aspectele funcționale ale vorbirii;
- ❖ Intercalarea formelor de limbaj (oral și scris)

### Tulburările limbajului

#### 1. Tulburarea mijloacelor de comunicare:

- Fonetice, fonetico-fonematice;
- Nedezvoltarea generației a vorbirii;
- Tulburarea generală a vorbirii;

#### 2. Tulburarea în întrebuințarea mijloacelor de comunicare:

- Bâlbâiala

## III. Clasificarea pedagogică

Majoritatea copiilor către momentul instruirii în școală posedă latura fonetică verbală, au un vocabular bogat și au capacitatea de a alcătui propoziții corecte din punct de vedere gramatical.

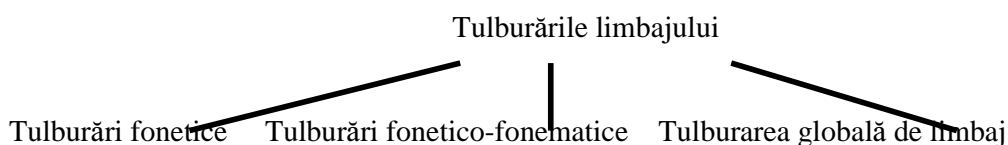
Însă procesul de însușire a limbii nu la toți are loc la fel. Tulburările limbajului sunt diverse.

În conformitate cu atitudinea pedagogică tulburări de limbaj pot fi clasificate în trei grupe.

1. Grupă - tulburări fonetice a limbajului. Esența lor constă în aceea că, la logopat sub influența diverselor cauze se formează și se întărește o articulare schimonosită.
2. Grupă – tulburările fonetico – fonematice. Ele se exprimă prin aceea că, copilul nu numai pronunță defectuos unele sau alte sunete, dar și insuficient le deosebește, nu sesizează deosebirea

acustică și articulatorie a sunetelor opoziționale. Aceasta condiționează la aceea că ei nu cunosc structura fonetică a cuvintelor și comit greșeli specifice în cadrul actului scris.

3. Grupă – tulburarea globală de limbaj. Ea se manifestă prin aceea că, tulburarea se extinde atât în latura sonoră cât și în cea semantică. Nedezvoltarea generală a vorbirii are o diversă exprimare – de la lipsa totală a vorbirii până la forme ușoare ale tulburării limbajului cu elemente ale nedezvoltării laturilor: fonetice, fonetico-fonematice și lexico – gramaticale.



#### IV. Clasificarea logopedică

Criteriile în funcție de care se clasifică tulburări de limbaj (Guțu M. 1978):

a. Criteriul anatomo- fiziologic:

- ◆ Tulburări ale analizatorului verbomotor, verboauditiv;
- ◆ Tulburări centrale sau periferice;
- ◆ Tulburări organice sau funcționale.

b. Criteriul structurii lingvistice afectate:

- ◆ Tulburări de voce;
- ◆ Tulburări de ritm și fluență;
- ◆ Tulburări ale structurii fonetico – fonematice;
- ◆ Tulburări complexe lexico-grmaticale;
- ◆ Tulburări ale limbajului scris.

c. Criteriul periodizării, în funcție de apariția tulburărilor de limbaj

- ◆ Perioada preverbală (până la 2 ani);
- ◆ Perioada de dezvoltare a vorbirii (2-6 ani);
- ◆ Perioada verbală (peste 6 ani).

d. Criteriul psihologic

- ◆ Gradul de dezvoltare a funcției comunicative a limbajului;
- ◆ Devieri de conduită și tulburări de personalitate.

Tabloul tulburărilor de limbaj este următorul (E. Verza 1982):

A. Tulburări de pronunție.

1. dislalia;

2. rinolalia;
  3. dizartria.
- B. Tulburări de ritm și fluență a vorbirii:
1. bâlbâiala;
  2. logoneuroza;
  3. tahlalia;
  4. bradilalia;
  5. aftongia;
  6. tulburări pe baza de coreie.
- C. Tulburări de voce:
1. afonia;
  2. disfonia;
  3. fonastenia.
- D. Tulburări ale limbajului citit – scris:
1. dislexia – disgrafia;
  2. alexia – agrafia.
- E. Tulburări polimorfe de limbaj:
1. alalia;
  2. afazia.
- F. Tulburări de dezvoltare a limbajului:
1. mutism psihogen;
  2. întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii.
- G. Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice:
1. dislogii;
  2. ecolalii;
  3. jargonofazii;
  4. bradifazii ș.a.

Tulburările de articulație sau pronunție.

Această categorie are frecvența cea mai mare în special la copiii preșcolari și școlarii mici. Prin existența tulburărilor respective se creează dificultăți în emiterea cuvintelor, propozițiilor și înțelegerea celor enunțate. Adeseori, ele se transpun în limbajul scris – citit, ceea ce îngreunează formarea deprinderilor grafo-lexice. Dintre aceste tulburări semnificative sunt:

- ◆ dislalia;
- ◆ rinolalia;
- ◆ dizartria.

Dislalia este cea mai răspândită formă a tulburărilor de limbaj (de la grece „dis”- dificil și „lalein” – vorbire) a fost introdus în literatura de specialitate de R. L. Schulthess, în 1830. Acest termen definește „o tulburare de limbaj caracterizată prin incapacitatea parțială sau totală de a emite și de a articula corect unul sau mai multe sunete izolate sau în combinații fluente ale vorbirii (M. Guțu 1975).

Emil Verza definește dislalia ca o tulburare de articulație - pronunție ce se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea, înlocuirea și inversarea sunetelor.

Dizartria („dis” – greu „arthrom” – articulație) este cea mai gravă dintre tulburările de pronunție și este cauzată de afecțiunea căilor centrale și a nucleilor nervilor care participă la articularea. Ea se caracterizează printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu o rezonanță, nazală și pronunție neclară. Dat fiind originea sa ea se mai numește și dislalia centrală.

Ea nu afectează vorbirea în general, ci doar partea ei instrumentală . Și la tulburările articulatorii se adaugă și cele respiratorie și de fonație.

Rinolalia (provine de la grecescul „rino”-nas, „lalie”– vorbire), însemnând vorbire pe nas. Este o formă a dislaliei la baza căreia stau o serie de modificări anatomice sau malformații congenitale ale organelor periferice ale vorbirii: maxilare, buze, limba, palatul dur, palatul moale, care provoacă rezonanța sunetelor și a vocii.

#### Tulburări de ritm și fluență

Acestea sunt tot tulburări ale vorbirii orale, dar sunt mai grave decât tulburări de pronunție, nu numai prin formele de manifestare, ci mai cu seamă prin efectele negative ce le au asupra personalității și comportamentul persoanei.

Bălbâiala este o tulburare de vorbire de origine centrală funcțională, favorizată de o stare de receptivitate patologică a regiunilor care participă la realizarea vorbirii (I. Mitiuc 1996). Se referă la tulburări spastice de vorbire în care sunt afectate fluența și ritmul vorbirii. Se manifestă prin repetarea unor silabe, sunete la începutul sau la mijlocul cuvintelor și propozițiilor, sau prin repetarea unor cuvinte cu pauze exagerate în desfășurarea vorbirii ca urmare a apariției spasmelor la nivelul aparatului fono-articulator care împiedică desfășurarea vorbirii ritmice și cursive.

Logoneuroza este strâns legată de bălbâiala, atât prin natura, cât și prin forma sa. Din punct de vedere simptomatologic ele sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai multe ori logoneuroza este mai accentuată decât bălbâiala, care apoi se poate transforma în logoneuroză, în urmă apariției unui fond nevrotic, ca urmare a conștientizării handicapului.

Tahilalia („tachys” – rapid, „lalein” - vorbire) este o tulburare a ritmului și fluenței vorbirii care constă într-o vorbire prea accelerată. În cazul vorbirii tahilalice tulburările lexico-gramaticale sunt reduse, cu excepția formelor grave.

Bradilalia („bradys” – încet, „lalein”- a vorbi) – tulburări de ritm și fluentă ce constă într-o vorbire anormal de lentă, cu intervale mari între cuvinte, greu de urmărit.

Bradilaliciei vorbesc foarte rar, încet abia deschid gura. Pronunția sunetelor este neclară, confuză, iar articularea incompletă.

Aftongia constituie o tulburare de vorbire asemănătoare bâlbâielii, datorată apariției unui spasm tonic de lungă durată la nivelul mușchilor limbii. Deoarece a fost observată mai ales la bâlbâiți, este apreciată ca fiind un simptom al bâlbâielii, dar poate apărea și în afara acestei tulburări.

Tulburări de vorbire pe baza de coree (tic, boli ale creierului mic) determinată de ticuri nervoase sau coreice ale mușchilor aparatului fono-articulator, fizionomiei ce se manifestă concomitent cu producerea vorbirii.

#### Tulburări de voce.

În timp ce tulburările de ritm afectează cadența vorbirii, tulburările vocii cuprind distorsiunile spectrului sonor referitoare la intensitatea, înălțimea, timbrul și rezonanța sunetului.

Principalele forme ale tulburări de voce:

1. afonia;
2. disfonia;
3. fonastenia.

Afonia este cea mai gravă tulburare de voce. Ea apare în îmbolnăvirile acute și cronice ale laringelui cum sunt parezele mușchilor sau procese inflamatorii. Vocea, în astfel de situații, dacă nu dispare complet, se produce numai în șoaptă, din cauza nevibrării coardelor vocale. Inițial vocea se manifestă prin răgușeală, scăderea în intensitate, șoptirea ca în final să dispară complet.

Disfonia – lipsa parțială a vocii. Ea apare în urma tulburărilor parțiale ale mușchilor laringelui, ai coardelor vocale și a anomaliilor constituite prin noduli bucali și polipi. În această situație vocea este falsă, bitonală, monotună, nazală, tușită, scăzută în intensitate, timbru inegal. Fonastenia este o tulburare a vocii de obicei funcțională, gradul ei variând de la o desfonie neînsemnată până la o afonie totală. Ea se caracterizează prin scăderea intensității vocii, pierderea calităților muzicale, tremurul și oboseala rapidă a vocii. Este determinată de folosirea incorectă și abuzivă a vocii și de laringite.

#### Tulburări ale limbajului citit-scris

Dislexia – disgrafia constituie o incapacitate parțială sau persistentă a însușirii citit – scrisului, o incapacitate de a elabora scheme motorii sau perceptiv suficiente de diferențiate care să permită identificarea grafemelor în citire și identitatea grafemelor în scriere. Ea se manifestă prin apariția unor frecvente confuzii între grafemele asemănătoare, inversiuni, adăugiri și substituiri de cuvinte, deformări de grafeme, plasarea defectuoasă a grafemelor în spațiul paginii neînțelegerea completă a

celor citite sau scrise , lipsa de coerență logică în scris. Tulburările scrisului sunt mai frecvente și determină mai multe dificultăți decât cele ale cititului. Aceste manifestări sunt mult mai frecvente la copiii deficienți, în special la cei cu dublă sau polideficiență. Alexia – agrafia sunt tulburări grave ale citit – scrisului produse de leziuni cerebrale ori de insuficiența de dezvoltare a sistemelor cerebrale. Alexia constituie imposibilitatea însușirii și înțelegerii limbajului citit. În funcție de gradul tulburărilor se asociază des cu agnozia simbolurilor grafice. În funcție de gradul tulburărilor gnozice alexia poate fi:

- Frazelor – nerecunoașterea legăturilor dintre cuvinte și a semnificației acestora în contextul frazei, subiecții citesc cuvintele izolate.
- Verbală – imposibilitatea înțelegerii cuvintelor.
- Silabică – imposibilitatea înțelegerii silabelor
- Literală – imposibilitatea recunoașterii literelor
- Cifrelor – imposibilitatea recunoașterea cifrelor.

Agrafia constă în imposibilitatea de a comunica prin scris în mod lizibil, independent de nivelul mintal. Agrafia poate să fie asociată sau nu cu alexii sau cu afazii. Poate fi înăscută sau dobândită. Se datorează unor disfuncții din emisfera stângă. Poate lua forme diferite în funcție de particularități, putând fi optica apraxică, kinestezică, pură ect.[1. Pag.94]

#### Tulburări polimorfe de limbaj.

Această categorie cuprinde tulburări de maximă gravitate, cu implicații complexe negative nu numai în comunicare și relaționarea cu cei din jur, dar și în evoluția psihică a logopaților.

Aceste tulburări cuprind:

- A. alalia;
- B. afazia.

Alalia (greces. „alalos” – fără vorbire muțenie) – constă în incapacitatea subiectului de a-și folosi vorbirea ca mijloc de comunicare; în unele cazuri ușoare pot fi emise anumite sunete și cuvinte simple. Este afectată atât latura expresivă a vorbirii, cât și parțial, cea impresivă.

Afazia constă în pierderea parțială sau totală a capacității de comunicare orală și scrisă datorită unor accidente cerebrale. Apare mai des la adulți și bătrâni, fiind produsă de leziuni vasculare

#### Tulburări de dezvoltare a limbajului

Dintre acestea ne referim la două categorii de handicapuri:

- Mutismul
- Întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii.

Mutismul se află la granița dintre neuropsihiatrie și logopedie. El se manifestă prin refuzul parțial sau total, din partea copilului, de a comunica cu unele persoane, iar în forme grave, acest refuz se extinde asupra înțelesului mediului înconjurător. Este vorba de instalarea unei inhibiții totale, în anumite condiții a capacității de exprimare verbală deși copilul posedă limbajul, datorită unei blocări emoționale grave. Deși nu comunică, copiii cu mutism înțeleg vorbirea și nu manifestă deficiențe intelectuale.

Mutismul este un fenomen complex impunând și un atașament complex: psihoterapeutic, logopedic, pedagogic, medical.[1, pag.119]

Întârzieri în dezvoltarea generală a vorbirii se pot întâlni la acei subiecți care nu reușesc să atingă nivelul de evoluție a limbajului conform vârstei. De obicei ele există ca fenomene secundare în cazurile celorlalte handicapuri, dar se pot manifesta și de sine stator. Apare înainte de 5 ani.[5, pag.83]

#### Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice

Această categorie are în componență o serie de tulburări relativ asemănătoare prin forma de manifestare și prin efectele negative în exprimarea conținutului ideativ:

- Dislogii;
- Ecolalii;
- Jargonofazii;
- Bradifazii. ș.a.

Caracteristic pentru toate sunt, așadar, dereglările generale în formulare, expresie verbală deficitară și reducerea cantitativă a înțelegerii comunicării. Fenomenele de logoree și de exprimare incorectă sunt foarte active la această categorie de handicapați, având în vedere că dereglările verbale pot fi considerate ca efecte secundare ale disfuncțiilor psihice generale.

## Capitolul II. Cercetarea și terapia tulburărilor de limbaj

### **Cercetarea vorbirii copiilor cu tulburări de limbaj**

Cercetarea dezvoltării verbale a copiilor de vârstă preșcolară presupune evidențierea deprinderilor de vorbire de legătură; volumul vocabularului activ și pasiv; nivelul oformării laturii gramaticale a vorbirii; deprinderile de exprimare, auzul fonematic și percepția auditivă.

Pentru cercetarea cunoștințelor verbale N.P. Coguroba recomandă de atras atenție la cunoștințe despre culoare, formă, mărime; capacitatea de-a se orienta în spațiu; activitatea constructivă, cunoștințe elementare matematice.

Scopul cercetării – de găsit de ce surse verbale se folosește copilul în vorbire, imită sau nu maturii, cum răspunde la întrebări (prin imitație, cuvinte izolate, construcții

din cuvinte, sau fraze), se adresează cu rugăminți, atenție se acordă la capacitatea lui de lucru, de concentrare, interes pentru activitate, acordă atenție vorbirii maturilor.

Cercetarea se petrece în situații obișnuite pentru copil: la activități, în timpul jocului, plimbări cu părinții.

Pentru începerea cercetării copilului este necesar de-a avea date despre starea fizică a auzului, intelectului (după datele specialiștilor), de cunoscut cu datele din dezvoltarea verbală timpurie (când au apărut primele cuvinte, propoziții, vorbirea dezvoltată).

Primele impresii despre copil logopedul și le face conversând cu el. Întrebările pentru discuție se aleg ținând cont de vârsta și calitățile individuale a copiilor. Mai întâi de toate ei trebuie să fie îndreptate asupra delimitării deprinderilor de orientare în mediul înconjurător (despre copil, despre familia lui, despre grădiniță, prieteni, jucării,).

În procesul conversație se observă, cât de repede intră în contact copilul, are sau nu vorbirea din fraze simple sau vorbește numai cu cuvinte separate.

În timpul conversației se poate de observat dacă corect sunt folosite formele gramaticale, volumul și pronunția sunetelor. Se recomandă de folosit teme ce sunt cunoscute copilului.

La privirea imaginilor se dau întrebări pentru a putea evidenția volumul vocabularului activ și pasiv. (T.B. Filiceva).

N.P. Cogurova propune următoarele condiții pentru cercetare:

Selectarea cantității materialului – pentru a se putea alege în dependență de pregătirea copilului (culoarea – ea trebuie să fie prezentată de 2 obiecte, forma în 2 exemplare).

O condiție foarte importantă este stabilirea contactului emoțional pozitiv, a logopedului cu copilul.

Cercetarea dezvoltării - se dezvoltă cu evidența cunoștințelor exprimate prin vorbirea activă, apoi se cercetează vorbirea pasivă coordonarea vizuală a obiectelor cu imaginea vizuală.

Toată cercetarea se conduce pe principiu de la simplu la compus. În cercetare trebuie să observăm dacă copiii folosesc adjective, adverbe, corect folosește numărul și cazul (W.A. Circhina 1987).

Cercetarea trebuie de petrecut într-o formă interesantă, atractivă, atractivă pentru copii.



Pentru cercetarea pronunției Feliciova propune următoarea ierarhie: sunete, silabe, cuvinte și propoziții simple.

La cercetarea și motorico generală și fină (cum merge, deprinderi de autodeservire, să lege o fundă, împletească o cosiță).

### **Rolul exercițiilor de respirație în terapia tulburărilor de vorbire**

Formarea unei articulații clare și precise reprezintă o cerință de bază în dezvoltarea și perfecționarea vorbirii. Fiindcă articularea sunetelor se bazează în primul rând pe utilizarea corectă a respirației cât și pe precizia mișcărilor de pronunțare sub controlul permanent al propriului auz prin exerciții se va urmări :

- \* educarea respirației;
- \* educarea mișcărilor articulatorii;
- \* educarea pronunției corecte a sunetelor;
- \* educarea auzului fonematic.

#### Educarea respirației

Aparatul respirator, pe lângă funcția de a asigura schimbările gazoase necesare întreținerii vieții, are un rol hotărâtor și în actul vorbirii. În timpul EXPIRAȚIEI suflul atinge corzile vocale aflate în poziție fonică și prin subordonarea acestora se produce sunetul. Deci, studiul mișcărilor respiratorii și îndepărtarea dereglărilor lor ocupă un rol primordial în educarea vorbirii. Patrunderea și expulzarea aerului din plămâni se face prin modificările dimensiunilor cutiei toracice:

- în cursul inspirației, cantitatea toracică este marită pe plan vertical, anteroposterior și transversal; aceasta dilatare este determinată de coborârea mușchiului diafragmei.
- în cursul expirației, procesul este invers, mușchii abdomenului se contractă odată cu ridicarea diafragmei.

#### Exerciții de respirație neverbală

Constituie o etapa premergătoare pentru respirația verbală. Realizarea acestor exerciții impune respectarea unor norme igienice:

- efectuarea lor se realizează în camere aerisite sau chiar în curte;
- eficiența lor este mai ridicată dacă se realizează la începutul primei ore sau chiar pe parcursul activităților în momentul instalării obosealii copiilor;
- selecția judicioasă a exercițiilor astfel încât efectuarea lor să fortifice musculatura abdominală, a toracelui și a gâtului.

#### Exerciții :

1. Inspirații adânci urmate de expirații puternice și prelungite, fiind însoțite de mișcări de extensie a coloanei vertebrale prin aplecare în spate a trunchiului și ridicarea brațelor și mișcări care micșorează cavitatea toracică susținută de aplecarea în față a corpului și a mainilor;
2. Exerciții de suflat;
3. Jocuri de emisie a unor sunete onomatopice însoțite de mișcări ca imitarea fășăitului frunzelor (sss) sau a vantului (sss).

#### Exerciții non-verbale

În faza inițială exercițiile se realizează în poziție orizontală, copilul stând întins, apoi pe verticală, în

picioare și pe scaun.

1. unul dintre primele exerciții pot fi executate astfel:

- în faza de inspirație copilul trage adânc aer în piept, cutia toracică se mărește ca volum, iar mușchii abdomenului se contractă, apăsând cavitatea abdominală.
  - faza de expirație se face prin îngustarea cavității toracice și relaxarea (marirea) cavității abdominale.
- Pentru ca copilul să conștientizeze aceste mișcări se recomandă să pună o mână pe piept și una pe abdomen, logopedul putând să exemplifice.

Exercițiile continuă sub forma de joc, pe baza unor comenzi, la bataia din palme:

- pentru inspirație numărăm până la 5, la expirație numărăm până la 8;
  - între expirație și inspirație copilul va trebui să își țină câteva momente aerul în plămâni
2. Din poziția în picioare cu mainile pe șolduri se vor efectua două sarituri ca mingea în timpul cărora se vor face două mișcări de inspirație. În continuare, pe următoarele două sarituri se va tine respirația, iar pe alte două sarituri se va realiza expirația.
3. Pentru stabilirea ritmului, pe fiecare două batai din palme se execută o componentă a ciclului respirator (inspirație, reținerea aerului, expirație).
4. Variația ritmului respirator, care se vor alterna pe cicluri cu durată diferită; importanța în reglarea respirației conform cerințelor diverselor situații.
- Jocul se numește "Pleacă trenul de la ...la ...". Acesta începe cu o mișcare de brațe, cu coatele indoite pe lângă corp, în timp ce pe fiecare mișcare de braț se execută o mișcare de respirație (o inspirație sau expirație). În a doua fază a jocului se accelerează mișcările mainilor pe lângă corp, accelerarea însoțită și de mișcările de respirație al căror ritm va crește. (faza numită mersul trenului). În a treia fază, trenul se apropie de gară, ce simbolic e reprezentată prin încetinirea treptată a mișcărilor mâinilor și ritmului respirator.
5. Exerciții de inspirație pe nas și expirație pe gură, însoțite de mișcări ale brațelor, ridicarea lor în unghi de 90 grade față de corp, pauza respiratorie, coborârea brațelor pe lângă corp (expirație).

Exerciții de respirație cu copiii de vârstă preșcolară

Toate exercițiile se realizează sub forma de joc.

1. Suflarea asupra unei lumânări aprinse pentru a o stinge (variații ale distanței, de la mic la mare).
  2. Prin suflare se menține flacăra lumânării într-o poziție înclinată, fără ca să se stingă, pe o durată cât mai mare.
  3. Prin suflare se umflă balonase sau camere pentru mingi.
  4. Prin suflare se menține balonul plutind în aer.
  5. Prin suflare se împrăștie bucățele de hârtie.
  6. Prin suflare se pun în mișcare, plutind pe suprafața apei diferite jucării (vapoare, lebada de plastic).
  7. Prin suflare se fac balonașe de săpun.
  8. Prin suflare se deplasează bile într-un jgheab de lemn.
  9. Se suflă într-un vas cu apă ca să facă valuri.
  10. Se suflă alternativ pe gură și pe nas asupra unui geam sau oglinzi pentru a le aburi.
  11. Se imită respirația cainelui: respirație scurtă, grabită, efectuată cu gura larg deschisă și cu limba care atârână: delaxată, în afara. Exerciții indicate pentru copiii rinolalici.
  12. Acumularea și expulzarea aerului pe gura: umflarea obrazului drept, lovirea obrazului cu palma producând explozie, umflarea obrazului stâng, lovirea lui cu palma, producând explozie.
- În mod exemplar se execută și umflarea ambilor obraji, care prin lovirea cu pumnii provoacă expulzarea aerului cu explozie.
- Acest exercițiu este util și pentru dezvoltarea mobilității buzelor, în special la cei cu despicatori labiale operate.
13. Se respiră profund cu nasul blocat, apoi pe nas cu gura închisă.
  14. Alternarea respirației bucale și nazale: inspirație pe nas, expirație pe gură, inspirație pe gură, expirație pe nas.
  15. Imitarea omului ce suflă în palme ca să și le încălzească.
  16. Suflatul în diferite instrumente muzicale (muzicuța, fluier).

17. Sa intoneze sau sa fluiere o melodie.

#### Exerciții de respirație la școlari

1. Inspir scurt și adanc, expir lung și uniform pe gura și apoi pe nas.
2. Inspir scurt și adanc, expir lung și uniform pe gura, intrerupt de o pauza. In timpul pauzei nu se inspira aer. Exercițiul se desfasoara in urmatoarea succesiune: inspir, expir, pauza expiratorie, expir.
3. Idem cu respiratia pe nas,
4. Inspir scurt și expir lung intrerupt de doua pauze: inspir, expir, pauza expir, pauza, expir.
5. Idem pe nas.
6. Inspir scurt, expir lung intrerupt de trei pauze.
7. Idem pe nas.
8. Se repeta toate exercițiile anterioare 2, 3, 4, 5, 6, 7, cu pauze expiratorii inegale, care se reproduc, pentru o mai buna intuire, grafic, prin linii cu intrerupere.

#### Exerciții de gimnastică respiratorie:

1. Din poziția de drepti, se inspira cand se duc ambele maini inainte și indarat, descriind un cerc in jurul capului și se expira odata cu revenirea capului la poziția inițiala.
  2. Din poziția de drepti, cu mainile lipite de corp, se inspira odata cu indoirea coatelor și apropierea lor la spate și se expira odata cu revenirea la poziția inițiala.
  3. O mana se lipește de spate sub omoplat, iar cealalta se duce dupa cap și se inspira. Se executa odata cu revenirea la poziția inițiala.
  4. Cu mainile intinse se prind capetele unui baț și se ridica deasupra capului, inspirand. In expir se revine la poziția inițiala.
  5. Bațul se prinde la spate cu coatele. La expir bațul se strange cu coatele și preseaza spatele, stimuland participarea abdomenului.
- Treptat, exercițiile de respirație se asociaza cu pronunția sunetelor. Expirul aerului se produce prin pronunția vocalelor și a consoanelor siflante. Sub aceasta forma se sesizeaza mai usor daca dislalicul expira uniform sau iroseste unda expiratorie neeconomic. In primul rand, cand intensitatea vocii este uniforma pe tot parcursul fonației, pe cand in cel de-al doilea caz se produce o slabire a ei. Dupa exersarea sunetelor se trece la pronunția de propozițiuni pe un singur expir. Exercițiile se aplica prin repetare, de cinci pana la zece ori. Durata lor variaza la inceputul ședintelor logopedice de la doua minute la cinci minute.

### Capitolul III. Partea practică

#### Cercetarea unui copil cu tetacism

Cauze: - malformații ale incisivilor superiori

In locul sunetului "t" se aude un plescait sau un zgomot de fricțiune. Aceasta pentru ca aerul nu este expirat, ci inspirat. Acest defect influențeaza sonoritatea vocii și mai ales coerența vorbirii. Defectul se remediaza cerandu-i copilului sa simta explozia pe dosul mainii.

In locul exploziei se aude o pocnitura asemanatoare cu cea produsa prin destuparea unei sticle. Defectiunea se inlatura prin exagerarea respiratiei un timp oarecare si se fac dese exercitii cu vocale.

Elevul pronunta consoana "t" tinand intre incisivii superiori și inferiori. Aceasta deficiența poate fi tolerata numai in timpul in care elevul invața pronunția sunetului "t". Dupa aceea, elevul va trebui sa articuleze normal, adica, atingand cu varful limbii incisivii superiori. Deficiența se inlatura prin procedee mecanice: cu degetul sau sonda se aseaza varful limbii in spatele incisivilor superiori.

În loc de "ta-ta" se aude "tea-tea". În acest caz se palatizează puțin consoana "t", prin lipirea părții anterioare a limbii de partea anterioară a palatului. Pentru înlăturarea defectului i se cere copilului să pronunțe un "t" interdental, apoi îi cerem să așeze limba în spatele incisivilor superiori.

Pronunția lui "d" în loc de "t" datorită vibrației corzilor vocale. În acest caz se lucrează pe consoana "d" și după fixarea acesteia se trece la "t" atrăgându-i-se atenția ca "t" să se pronunțe fără voce.

În loc de "t" se aude "tli". Defectul se observă mai ales în perioada inițială a predării sunetului și este cauzat de faptul că explozia se formează lateral, aerul fiind lăsat să iasă prin orificiile formate între părțile laterale ale limbii și pereții interni ai obrajilor. Deficiența se corectează prin exerciții de așezare corectă a limbii și a orificiului generator.

Pronunția lui "d" în loc de "t". Se datorează contactului lingo-palatal care nu este suficient, iar corzile vibrează și rezultă "l".

Caracterizarea ortofonica : - consoana orală

- oclusivă, după modul de articulare
- alveolară sau dentală, după locul de articulare
- surdă, după participarea corzilor vocale

Modul de producere

În timpul emisiei, coardele vocale sunt libere, nu vibrează. Explozia aerului fonator, împins din cavitatea bucală spre exterior, se simte pe mână așezată în fața gurii. Valul palatin este ridicat, închizând caile nazale. Limba realizează o ocluzie totală în spatele incisivilor superiori intrând în contact cu arcada dentară superioară pe toată porțiunea anterioară, de aici primind denumirea de consoană dentală. Buzele nu joacă un rol în pronunția izolată, poziția lor fiind indiferentă. În pronunția în silabe, buzele iau poziția vocalei care urmează, astfel în timp ce pronunțăm pe "t" din silaba "to" buzele se rotunjesc pentru "o" încă din timpul pronunției lui "t". Maxilarele sunt întredeschise, iar arcadele dentale sunt apropiate.

Corectarea

În primul rând trebuie reținut faptul că se respectă particularitățile de vârstă, de personalitate, de fenoarticulație precum și forma tetacismului.

Prima etapă în corectarea tetacismului o reprezintă ETAPA PREGĂTITOARE. În cadrul acestei etape se realizează cunoașterea copilului prin intermediul unei anamneze și prin stabilirea unui diagnostic complex. Se urmărește înlăturarea negativismului copilului față de vorbire și crearea unei încrederi în sine, în posibilitățile proprii. Logopedul are datoria de a crea o atitudine pozitivă față de corectare și să asigure familiarizarea copilului cu mediul logopedic.

După această etapă urmează ETAPA TERAPIEI. În cadrul acestei etape se disting 2 sub etape:

1. Terapia generală.

Primul aspect vizat este dezvoltarea mobilității generale și a aparatului fonoarticular. Se începe cu exerciții generale: imitarea mersului, mișcările gâtului și a capului, mișcarea brațelor și rotirea lor, imitarea spălării pe mâini, exerciții pentru întărirea musculaturii abdomenului și toracelui, aplaudatul. După efectuarea acestor exerciții se trece la cele de mobilitate a aparatului fonoarticular.

- a) exerciții pentru antrenarea motricității faciale (gimnastica facială): umflarea alternativă a obrajilor; mișcări de umflare și retragere simultană a obrajilor; încrețirea, descrețirea feței; imitarea rasului, a surasului, etc.
- b) motricitatea maxilarelor: închiderea și deschiderea gurii; coborârea și ridicarea maxilarelor; mișcări înainte-înapoi a acestora; imitarea muscăturii; imitarea rumegatului la animale.

- c) motricitate labiala: ridicarea unui creion cu buzele; menținerea unui obiect între buze; rotunjirea buzelor sub forma de oval, sub forma circulara; departarea comisurilor; imitarea rujării ;vibrarea buzelor.
- d) motricitate linguala: miscari rapide și ritmice de scoatere și retragere a limbii (pisicuta ce bea laptic); scoaterea limbii sub forma de lopata-moale și neascuțita; atingerea unei bucați de zahar; scoaterea limbii cat mai mult și retragera ei cu varful cat mai ridicat; limba ghemuita in partea posterioara a guri; imitarea plescaitului; tropaitul calului.

motricitate velo-palatina: imitarea tusei, cascatului, deglutitiei; exercitii deinspiratie și expirație dirijate, exerciții de bolboroseala cu ajutorul unui tub introdus intr-un vas cu apa.

Al doilea aspect vizat este educarea respirației verbale și nonverbale. Aceste exerciții de obicei sunt efectuate după exercițiile de mobilitate generala și inaintea celor de motricitate a aparatului fonarticulator inși pot fi efectuate oricand in cazul acestui tip de terapie deoarece nu exista o "rețeta" a succesului.Se ține cont de defectul de pronunție.

Pentru respiratia nonverbala sunt recomandate urmatoarele tipuri de exerciții: suflarea nasului in batista,umfla balonul, sufla in lumanare, cu ajutorul unui caiet pe torace și/sau abdomen se fac valuri-exerciții pentru expirație; miroase florile, cainele la vanatoare adulmecand-exercitii pentru inspirație; 3 timpi ispira, 5 timpi expira;inspir pe gura,expir pe nas,etc.-exerciții pentru o respirație diferențiată.

In cazul educarii respirației verbale vorbim de urmatoarele tipuri de exerciții: pronunția vocalelor, a consoanelor, a silabelor, a cuvintelor in timpul unei expirații; exerciții ritmice, etc.

Al treilea aspect vizat este antrenarea auzului fonematic. Se porneste de la imitarea sunetelor din natura in șoapta, in ritm sacato și prelungit dupa indicații. Pentru tetacism imitarea ceasului (tic-tac) și sunetul trompei (ta-ta-ta) sunt utilizate cel mai frecvent. Logopedul rostește anumite cuvinte care au sunetul "t" in poziția inițiala, mediana respectiv finala iar copilul trebuie sa analizeze cuvantul și sa spuna care este pozitia sunetului. Tot in cadrul educarii auzului fonetic intra și diferențierea între silabele ce conțin o consoana surda și una sonora (ta-da; te-de; ti-di; etc.) între cuvintele paronime cu ajutorul imaginilor sau fara acestea.

Educarea auzului fonematic este indispensabila in tratarea dislaliei, ea inscriindu-se in randul metodelor generale. Tulburarile auzului fonematic pot merge de la incapacitatea de diferentiere a unor sunete (ex.siflantele între ele, siflantele de suieratoare, etc.) pana la incapacitatea perceperii sunetelor, a silabelor sau chiar a cuvintelor. Dezvoltarea auzului fonematic determina creșterea capacitații de diferentiere fonematica, intrucat, între auzul fonematic și mișcarile articulatorii, adica între percepția auditiva și articulație exista o legatura indispensabila. Copilul dislalic cu atat pronunța mai gresit, cu cat aude mai slab și cu cat pronunța mai greșit cu atat i se dezvolta mai puțin capacitatea de diferentiere fonematica.Deficiențele de auz fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv.De aceea, la inceputul corectarii dislalicul se serveste de modelul corect motrico-kinestezic oferit de logoped.Exersarea acestui model (motrico-kinestezic) stimuleaza dezvoltarea perceptiei fonematice , contribuind totodata la limpezirea ei , între articulatia sunetelor și perceptia lor existand o legatura foarte stransa.

## 2. Terapia specifica

### I. Etapa emiterii sunetului.

Se utilizeaza onomatopee precum: tic-tac (ceasul) sau ta-ta-ta (trompeta).Are loc antrenarea analizatorului auditiv in procesul complex de elaborare a sunetului.Exerciții cu onomatopee sunt atractive și placute copiilor atat scolari cat și prescolari.

Emiterea sunetelor prin demonstrație și imitație. Modul de producere cere ca limba sa fie usor bombata iar varful ei se lipește de gingia incisivilor superiori. Buzele nu se implica. Palatul moale se ridica, curentul de aer expirat trece repede între limba și alveole.. Coardele vocale nu vibreaza. Demonstația se face in fata oglinzii, fiind insoțita de o serie de explicații. Dupa ce a urmarit demonstrația logopedului, copilul repeta impreuna cu acesta dupa care este lasat sa repete singur in fata oglinzii pana ajunge la fixarea kinestezica-tactila a sunetului. Trecerea de la pronunția model la cea independenta necesita o serie de exerciții diferite atat de tip articulator cat și fonetice și ortofonice.

Primele exerciții de pronunție trebuie facute în șoapta cu un minim de efort articulator. Pe măsura ce se consolidează pronunția corectă a sunetului, se poate folosi vocea din ce în ce mai puternică.

Modelul derivării din sunetele corect emise, care se aseamănă cu sunetul "t" din punct de vedere motric-kinestezic are o largă aplicabilitate în emiterea dentale "t".

Sunetul "t" se poate deriva din "p". Se pronunță în mod repetat silaba "pa" din care se obține apoi "t" prin ridicarea ușoară a varfului limbii în spatele incisivilor superiori.

Metoda comparației oferă copilului dislalic posibilitatea raportării stadiului în care se află procesul de corectare a tulburării sale de limbaj cu stadii anterioare și în felul acesta a înregistrării progreselor realizate. Prin raportarea copilului în primul rând la el însuși și apoi la cei din preajmă (logoped, părinți, adulți din mediul ambiental, colegi, etc.) copilului i se potentează mobilurile interioare, dorința de autodepășire.

În cazul copiilor școlari, exercițiul fonetic și ortofonic se completează cu cel grafic.

II. Etapa de consolidare.

În această etapă are loc includerea sunetului în silabe și cuvinte. Sunetul este prelungit și i se adaugă vocala t\_e, după care se scurtează și se pronunță te.

Nu se trece în această etapă dacă sunetul nu a fost emis corect. Dacă copilul nu a reușit prin metodele enumerate mai sus se utilizează mijloace mecanice. În cazul tetacismului putem folosi un betisor care la cap are un dop imbibat într-o soluție racoritoare. Cu această soluție (ex. apă de gură) se indică precis locul unde trebuie să stabilească contactul dintre limba și arcada dentară.

## Concluzii

Toate tulburările de limbaj au efecte nefavorabile asupra activității desfășurate de către copilul marcat de tulburări și asupra dezvoltării personalității acestuia. Pentru aceasta cunoașterea și înlăturarea lor creează un climat optim în care copilul va evalua armonios.

Cunoașterea tulburărilor de limbaj se desfășoară în procesul diagnosticării și aplicării unei dintre clasificările existente. Acest moment este foarte important, deoarece de el depinde activitatea recuperatorie ce urmează. Pentru a realiza o activitate logopedică adecvată și adaptată necesităților copiilor, este nevoie cât mai concret de stabilit forma tulburării și manifestările ei la elevul concret. De aceea clasificarea aplicată trebuie să fie cea mai eficientă în condițiile unei școli anumite.

În urma cercetării literaturii de specialitate și efectuării sondajului logopedic se pot deduce următoarele concluzii:

➤ Nu există o clasificare unanim acceptată de către toți logopezii și în prezent se evidențiază patru clasificări de bază a tulburărilor de limbaj:

1. Clasificarea clinico-pedagogică;
2. Clasificarea psihologo – pedagogică;
3. Clasificarea pedagogică;
4. Clasificarea logopedică.

Fiecare din aceste clasificări conține momente importante de care trebuie să țină cont fiecare logoped.

- Alegerea unei din aceste clasificări se face în dependență de contingentul copiilor unei anumite instituții. În baza diagnosticului stabilit elevii mai apoi sunt grupați în cadrul activităților logopedice recuperatorii.
- Ipoteza înaintată la începutul lucrării a fost într-o oarecare măsură confirmată, dar ea necesită o completare destul de semnificativă.

Nu se poate aplica o singură clasificare a tulburărilor de limbaj. Trebuie de ținut cont de datele oferite de către toate clasificările , care se completează reciproc și nici una nu poate fi neglijată. Numai o astfel de aplicare în complex a clasificărilor tulburărilor de limbaj, se pot diferenția cât mai concret și exact formelor tulburărilor și manifestările acestora.

În prezent se insistă asupra aplicării unei activități recuperatorii logopedice centrate pe copil, capabile să asigure necesitățile speciale ale acestuia și nu să-l oblige să se adapteze cumva la condițiile, ritmul și forma de organizare a activității. Desfășurarea activității trebuie să țină cont de diferențele individuale ale fiecărui copil, stabilite în decursul diagnosticării.

#### Bibliografie

1. Anucuța Partenie „Logopedie: curs” Timișoara 1999.
2. Boșcaiu E. (1973) - Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire în grădinițele de copii, E.D.P., București
3. Dorel Ungureanu „Copii cu dificultăți de învățare” București 1998.
4. Emil Verza „Psihopedagogie specială” București 1998.
5. Păunescu C. (1966) - Tulburările de vorbire la copil, Ed. Medicală, București
6. Verza E. (1987) - Metodologii contemporane în domeniul defectologiei și logopediei, Tipografia Universității, București
7. Vrățmaș E., Stănică C. (1997)-Terapia tulburărilor de limbaj-intervenții logopedice, E.D.P., București.
8. Vlasova T.A, Pevzner M.S „Despre copii cu abateri în dezvoltare” București, 1975
9. Jurcău Emilia, Jurcău Nicolae „Cum vorbesc copii noștri” Cluj – Napoca 1989.
10. Nastas A, Banari, I Carpenco „Deregări de vorbire la copii și corectarea lor”. Chișinău 1984.
11. Guțu.M (1978) - Logopedia, U.B.B., Cluj-Napoca
12. Morărescu M. „Frecvența tulburărilor de limbaj la copii cu diferite vârste”
13. Investigație pedagogică și psihologică. Culegere de articule. Ediția III Chișinău, 1998.