

Terapia logopedică a rinolaliei deschise

Mirela BUTTA¹

Abstract

The general purpose of speech and language therapy, concerning rhinolalia, is removing the nasality from speech by developing a functional breathing ability, differentiating between nasal and oral breathing through the correct use of the epiglottis-laryngeal mechanism of closing.

In the case of the functional open rhinolalia, it is recommended the speech and language therapy to ensure the development of a correct articulator basis.

The speech therapy exercises are aiming especially the mobility of the velum and the coordination of the phonoarticulatory organs (for the mobility of the velum there are recommended exercises of blowing into different objects because the air under pressure is acting as a good massage for the velum; exercises done by blocking one nostril and trying to breathe; exercises of frequent deglutition of slight quantities of liquids).

The next stage of the therapy will be based on differentiating between the oral and the nasal breathing, on increasing the respiratory volume and precision and on prolonging the time of breathing out in verbal production.

After gaining control over the phonoarticulatory organs and the velum, phonetic exercises need to be implemented. It is important to put a great emphasis on the special gymnastics of each organ and on exercises of oral conduction of the respiratory wave. The sound producing must be obtained by using games and play therapy background.

Key words: open rhinolalia, voice dysfunction, speech and language therapy, nasality, hipernasality

Rinolalia

Rinolalia este o tulburare de limbaj care poate fi definită prin prisma combinării unei tulburări de pronunție (tulburare la nivelul fonetic-fonologic al limbajului), cu o tulburare de voce (tulburarea de voce presupune nazalizarea excesivă sau lipsa nazalizării) (Bodea Hațegan, 2016).

Din punct de vedere etimologic, noțiunea de rinolalie derivă din cuvintele grecești: rhi, „rhinos” care înseamnă nas și „lalia” care înseamnă vorbire. Potrivit unei traduceri directe, noțiunea desemnează vorbirea pe nas (Moldovan, 2006).

În literatura de specialitate apar mai multe clasificări ale rinolaliei. Clasificarea realizată de către Nor Karamuzaman Esa (Moldovan, 2006) împarte această tulburare în două clase:

- Rinolalia închisă (clausa), caracterizată prin hiponazalizare, presupune afectarea sonantelor nazale m și n, vorbirea având o rezonanță gravă;
- Rinolalia deschisă (aperta), caracterizată prin hipernazalizare. Această tulburare presupune distorsionarea tuturor consoanelor și uneori chiar și a vocalelor.
- După opinia lui Guțu (1976):
- Rinolalia deschisă (aperta), apare atunci când unda expiratorie se scurge pe cale nazală și în pronunția sunetelor orale. Hipernazalizarea presupune creșterea rezonanței nazale a vocii, aspect asociat cu o funcție velo-faringiană deficitară (lipsă de separare a celor două cavități: cea orală și cea nazală);

- Rinolalia închisă (clausa), apare în cazurile când în pronunția sonantelor nazale „m” și „n” aerul expirator este obturat total sau parțial, de diferite obstacole existente pe căile nazale, cum ar fi vegetațiile adenoide, polipi, cornete nazale, etc. Pronunția consoanelor „m” și „n” fiind afectată, în timp ce celelalte sunete sunt pronunțate corect;
- Rinolalie mixtă, în timpul pronunției unda de aer se elimină pe cale nazală, dar și pe traiectul bucal (Moldovan, 2006).

Rinolalia deschisă

Rinolalia deschisă este de două tipuri: organică și funcțională.

- Rinolalia deschisă organică - poate fi provocată de diverse paralizii ale vălului palatin (centrale - este afectată doar vorbirea sau periferice - apar și tulburarea de deglutiție). De asemenea, această tulburare este generată și de diverse malformații congenitale ale vălului palatin (provocate de infecții cronice și infecții virale în perioada intrauterină, radiații, o incompatibilitate a factorului RH, tulburări ale tiroidei mamei sau consangvinitate, vegetații adenoide (după extirparea acestora rinolalia organică de tip închis se transformă în rinolalie funcțională de tip deschis) și de despicături congenitale ale vălului palatin.
- Rinolalie deschisă funcțională - este generată de o mobilitate destul de diminuată a vălului palatin, de tulburări respiratorii sau de o slabă mobilitate la nivelul mușchilor faringo-nazali (nu se reușește închiderea căii curentului de aer, înspre cavitatea nazală). Acest tip de

este mult mai ușoară decât rinolalia deschisă organică.

Depistare

Depistarea acestui tip de tulburare a vocii poate fi realizată prin mai multe modalități:

- Percepția auditivă a tulburărilor;
- Pronunțarea cuvintelor care conțin sunete orale sau nazale, în timpul pronunției se prind fosele nazale între degetul mare și arătător. Dacă fosele nazale vibrează în timpul pronunției sunetelor orale este o rinolalie deschisă. Dacă nu vibrează la pronunția sunetelor nazale este o rinolalie închisă.
- În timpul pronunției sunetelor orale sau nazale sub nări se pune o oglindă. Dacă la pronunția cuvintelor cu sunete nazale oglinda nu se aburește avem o rinolalie închisă. În cazul pronunției cuvintelor cu sunete orale oglinda se aburește este o rinolalie deschisă.
- În timpul respirației copilul este rugat să deschidă gura. Dacă în acest timp vălul palatin se ridică este o rinolalie închisă funcțională.
- Se umflă obrații cu limba scoasă între buze, astfel încât aerul să nu se scurgă pe nas. Imposibilitatea reținerii aerului în cavitatea bucale indică o rinolalie deschisă (Bodea Hațegan, 2016).

Simptomatologia

Poate fi foarte diversă fiind influențată de mai mulți factori: nivelul de dezvoltare psihică, mediul social, cauzele tulburării de voce, momentul și rezultatele intervenției chirurgicale, personalitate.

În ceea ce privește pronunția:

- Pierderea aerului nazal produce modificarea presiunii intraorale, apare o asimergie de contracție a vălului

palatin și a limbii, aceasta prezintă o poziție posterioară deplasându-se punctul de articulare pentru siflantele S-Z și linguodentale.

- R este pronunțat alterat din cauza scurgerii nazale a aerului fonator care nu mai are forța să producă vibrația limbii.
- Consoanele explozive B, P, C, G sunt înlocuite cu un zgomot glotic.
- Sunetele F și V sunt mai puțin afectate, în cazul pronunției acestora apar grimasele faciale.
- Vocalele sunt pronunțate mai voalat, șters. Cele mai afectate sunt A și I, care se pronunță cu cea mai mare ridicare a vălului palatin.
- Apar tulburări de ritm și fluență datorită consumului mare de aer.
- Respirația are un ritm mai alert și insuficient ca volum.

Terapia logopedică

Etaple terapiei rinolaliei deschise sunt: preoperatorie, postoperatorie.

Terapia logopedică preoperatorie:

- Educarea respirației diafragmale;
- Diferențierea respirației nazală și orală;
- Activarea naturală a sfincterului nazofaringian;
- Dezvoltarea praxiei orale;
- Dezvoltarea pronunției consoanelor și vocalelor deficitare.
- Terapia logopedică postoperatorie:
- Stimularea vălului palatin (prin masaj sau gimnastică);
- Diferențierea respirației;
- Antrenarea musculaturii articulatorii;
- Antrenarea vocii;
- Terapia tulburărilor de pronunție.

Obiectivul general al terapiei în rinolalie este înlăturarea nazonanței din vorbire

prin formarea și dezvoltarea respirației corecte, cu inspir nazal, expir bucal și folosirea corectă a mecanismului epigloto-laringian de închidere (Tobolcea, 2009).

Pentru a ilustra specificitatea tabloului rinolalic, a demersului de evaluare și intervenție în cazul acestei tulburări de pronunție, detaliem un caz.

Studiu de caz

Date anamnestice

P. D. este un copil cu vârsta de 4 ani. S-a născut dintr-o sarcină cu o evoluție normală. Nașterea a avut loc la termen.

Deprinderile sale motrice, de limbaj și abilitățile sale cognitive au cunoscut o dezvoltare firească. P. D. are un frate, în vârstă de 10 ani. Familia este implicată în dezvoltarea lui astfel încât P. D. prezintă o bună socializare și multe abilități care reprezintă o bază pentru un program terapeutic.

Date medicale

Din informațiile oferite de mamă nu este un copil bolnăvicios. Nu prezintă afecțiuni medicale cronice și nici nu urmează un tratament medicamentos de durată.

Evaluarea logopedică

Pentru evaluarea componentelor anatomice implicate în actul fonoarticular s-a utilizat o grilă de investigare a structurării acestor componente (Peterson-Falzone, Trost-Cardamone, Karnell, Hardin-Jones, 2006; Bodea Hațegan, 2016).

Auzul fonematic a fost evaluat cu ajutorul fișei de diferențiere fonematică (Bejan, Drugaș, Hărdălău, 2009).

Pentru evaluarea inteligibilității vorbirii s-a utilizat scala Speech Intelligibility Rating Scale-SIR (Bakhshae, Ghasemi,

Shakeri, Razmara Tayarani, Tale, 2007; Bodea Hațegan, 2016).

De asemenea au fost utilizate modalități subiective de evaluare a tulburării de voce.

Evaluarea logopedică a fost realizată cu ajutorul „Kit de evaluare logopedică”, de Laura Hărdălau și Loredana Bejan (2014).

Rezultatele evaluării logopedice

Motricitatea generală și fină sunt funcțional dezvoltate. Nu au fost identificate dificultăți de coordonare motorie, nici semne de afectare neurologică. Tonusul muscular este unul crescut, copilul implicându-se activ în sarcinile de manipulare și coordonare motorie (jocuri cu piese de lego, incastre, jocuri de înșirare mărgelilor, jocul de înșiretat etc.).

Motricitatea aparatului fono-articulator prezintă o hipotonie la nivelul limbii și la nivelul vălului palatin (datorită obturării căilor nazale-polipi, în urma extirpării acestora rinolalia închisă s-a transformat în rinolalie deschisă). Din punct de vedere psihomotric (coordonarea oculo-motorie, schemă corporală, conduite perceptiv-motrice, orientare/organizare/structurare spațio-temporală) prezintă o coordonare dinamică a mâinilor, identifică poziția unor obiecte în raport cu propriul corp sau a corpului în raport cu alte obiecte, identifică și discriminează culori, mărimi și forme, cunoaște majoritatea noțiunilor temporale (mai puțin lunile anului și ceasul), recunoaște succesiunea și poate ordona imaginile corespunzătoare secvențelor dintr-o activitate cotidiană. Este formată capacitatea de discriminare a caracteristicilor perceptiv-ale obiectelor (dimensiune, formă, mărime, poziție), prezintă o bună capacitate de interpretare a stimulilor externi și integrare a informațiilor în structuri cu

sens (sortări după diferite criterii, aprecieri cantitative).

Deși la început nu prezenta un expir suficient de puternic pentru a susține pronunția după câteva ședințe respirația este mai echilibrată. Auzul fonematic este în formare. În urma evaluării abilităților de diferențiere fonematică cu ajutorul fișei elaborată de Bejan, Drugaș, Hărdălau, (2009), se observă dificultăți de diferențiere a paronimelor și a logatomilor. Spre exemplu, copilul întâmpină dificultăți de diferențiere „șoc-joc” (copilul pronunță „șoc-șoc”), „paba-bapa” (copilul pronunță „papa-baba”).

Uneori prezintă o instabilitate psihomotrică care influențează și achiziția și dezvoltarea limbajului, instabilitate manifestată prin slaba capacitate de concentrare a atenției.

Evaluarea logopedică a evidențiat o dislalie polimorfă cu pronunția defectuoasă a sunetelor siflante și șuierătoare, acestea sunt pronunțate interdental (s-z-ș-j), alveopalatalele t-ț-l sunt pronunțate cu dificultate, de asemenea frecvent interdental. Vibranta r este omisă în pronunție.

În urma evaluării componentelor aparatului fonoarticulator s-a constatat faptul că P.D prezintă un palat ogival, o slabă motricitate a vârfului limbii, lipsă a incisivilor superiori și inferiori, deoarece P.D. este în perioada schimbării dentiției (cauze fiziologice).

Evaluarea inteligibilității vorbirii, pe baza scalei mai sus menționate, îl situează pe P.D. La nivelul 3 - vorbirea persoanei rinolalice este parțial inteligibilă pentru un ascultător familiarizat și care compensează prin experiențele sale lingvistice și de comunicare ceea ce nu percepe de la interlocutorul său.

Rinolalia deschisă, pierderea aerului în cazul pronunțării sunetelor orale (doar m

și n sunt nazale și sunt sunetele mai puțin afectate de această tulburare), este mai pregnantă la pronunția vocalelor, dar apare și la pronunția consoanelor.

Diagnostic logopedic

În urma derulării procesului de evaluare, diagnosticul logopedic formulat este cel de rinolalie deschisă funcțională și dislalie polimorfă. Tulburarea de pronunție este însoțită de tulburare de voce, caracterizată prin hipernazalizare. Pe o scală de la 0-5 nivelul hipernazalizării este de nivel 4, ceea ce înseamnă că vorbirea este semnificativ afectată, acest aspect contribuie la scăderea nivelului inteligibilității și îi influențează negativ relațiile sociale ale copilului, inserția în grădiniță și performanța educațională.

Terapia logopedică

Terapia logopedică va debuta cu gimnastica aparatului fono-articulator, urmărindu-se formarea și consolidarea mișcărilor necesare articulării corecte a sunetelor și diminuarea nazalizării.

Antrenarea grupelor musculare implicate în actul fonoarticulator va fi realizată prin creșterea tonusului muscular și a flexibilității grupelor musculare implicate atât în articularea funcțională, cât și în realizarea unei respirații corecte (Anca, 2002):

- antrenarea, prin imitație, a musculaturii implicate în respirație și articulare, prin jocuri de mișcare a buzelor, a obrazilor și a limbii, urmărind creșterea funcției musculaturii;
- exerciții pentru dezvoltarea mușchilor de la nivelul vălului palatin, relaxarea mușchilor laringieni și eliminarea timbrului nazal (fredonarea unei melodii, bâzâitul, gargara, sforăitul), exerciții pentru întinderea și exersarea palatului moale (inspir și expir în poziția căscatului, emiterea unui sunet

în poziția căscatului), exercițiu pentru mișcarea conștientă a palatului moale (observarea mișcărilor vălului într-o oglindă, pronunțând „a – a –a” cu gura larg deschisă relaxând palatul după fiecare sunet, ținerea aerului sub presiune în gură, umflând obrazii și aruncând aerul cu explozie printre buze, suflul bucal cu nasul închis, deschizând treptat căile nazale, în așa fel încât forța curentului de aer respirat să mențină direcția bucală, emisia aerului pe cale orală și nazală alternativ, exerciții pentru coordonarea și sincronizarea mușchilor vălului palatin și ale mușchilor folosiți pentru articulare în cadrul pronunției consoanelor (pronunțarea consoanei „p” izolat, continuând cu alte consoane explozive, singure, șoptit, din ce în ce mai repede, se continuă cu voce tare, apoi combinat cu vocale, integrarea consoanelor în grupuri de vocale, exerciții pentru mobilitatea buzelor, obrazilor, limbii (Verza, 2009).

Următoarea etapă a terapiei se va axa pe diferențierea respirației orale de cea nazale, creșterea volumului respirator și creșterea preciziei respiratorii, prelungirea expirului în respirația verbală (Bodea Hațegan, 2016):

- pronunția unei vocale prelungit și apoi sacadat pe un expir;
- pronunția unor serii de vocale pe un expir („ai-ai-ai”, „au-au-au” etc.);
- formarea și dezvoltarea expirului oral prin formarea și dezvoltarea abilităților de coordonare a fluxului de aer prin cavitatea bucală, folosind toți mușchii palatali și faringieni pentru închiderea sfincterului palato – faringian (suflarea în jucării care scot sunete);
- suflarea în lumânare, făcând flacăra să danseze, suflarea unei mingi din vată pentru a o direcționa spre o poartă din radiere etc.

–pronunțarea pe expir a unei serii de onomatopee astfel încât la finalul pronunției să mai existe un suflu expirator (ex.: „oac-oac-oac”).

Modelarea sunetelor vorbirii

Formarea și dezvoltarea auzului fonematic și a atenției auditive:

- exerciții pentru sesizarea și deosebirea pronunției nazonante de cea nenazonantă;
- exerciții pentru dezvoltarea atenției auditive (reacții față de ritm, de tonalitate, de timbru) (Vrășmaș, Stănică, 1997).

Educarea sistematică a vorbirii:

- coordonarea și sincronizarea mișcărilor vălului palatin și a mușchilor folosiți în articularea sunetelor. Se va urmări corectarea fiecărui sunet vocal și consonant;
- exerciții pentru însușirea articulării tuturor vocalelor și consoanelor, pronunțând inițial, cu nasul obturat, apoi liber, prin imitație în fața oglinzii;
- exerciții pentru inhibarea, înlăturarea deprinderilor greșit dobândite prin elaborarea analitică a mișcărilor necesare articulării corecte a sunetelor, asocierea mișcărilor musculare cu noi impresii senzoriale, auditive, kinestezice, tactile, stabilizarea sau automatizarea

tipurilor motorii și senzoriale nou dobândite și folosirea lor corectă în vorbirea curentă, folosirea expirului bucal, nazal în funcție de sunet, silabă, formarea tonalității;

- exerciții pentru corectarea expresivității feței și rezonanței bucale prin emisie intensă bucală, punând în activitate sincronă toate elementele aparatului fonator;
- creșterea debitului în pronunție de la sunet, la cuvânt – propoziție – frază;
- exerciții de respirație în funcție de cuvinte, propoziții folosind la început vorbirea repetată;
- rostiri rapide la început cu pauze după fiecare cuvânt, apoi tot mai rapide, eliminând treptat pauzele, dar respectând claritatea pronunției (Anca, Hațegan, 2008).

Automatizarea abilităților articulatorii corecte în vorbirea curentă. Se va urmări exersarea vorbirii corecte folosind recitățile de versuri, povestirea expresivă, conversația, interpretări de roluri etc. (Jurcău, 2003).

Propunem în tabelul 1 o condensare a datelor culese pe parcursul a doi ani de abordare logopedică. Evaluările au fost realizate la intervalul de 6 luni pentru a se asigura monitorizarea corectă a evoluției copilului

Tabel 1. Condensarea datelor evaluărilor și reevaluărilor abilităților verbale ale copilului

Evaluare	Motricitate generală și fină	Motricitatea aparatului fonoarticulator	Respirație	Auz fonematic	Pronunție	Nazalizare
Evaluare inițială	Sunt dezvoltate din punct de vedere funcțional.	Prezintă o hipotonie la nivelul vălului palatin.	Este de tip toracic, nediferențiat.	Prezintă dificultăți de diferențiere a consoanelor surde de cele sonore (p-b, t-d) și a consoanelor cu același punct de articulare (s-z, ș-j).	Diagnosticul este de dislalie polimorfă a pronunția defectuoasă a sunetelor siflante și șuierătoare, acestea sunt pronunțate interdental (s-z-ș-j), alveopalatalele t-	Pe o scală de la 0-5 nivelul hipernazalizării este de nivel 4, ceea ce înseamnă că vorbirea este semnificativ afectată.

ț-l sunt pronunțate cu dificultate, de asemenea frecvent interdental. Vibranta r este omisă în pronunție.

Evaluare la 6 luni	Sunt dezvoltate din punct de vedere funcțional	Hipotonia la nivelul vârfului limbii este îmbunătățită, subiectul reușește prin cântec să pronunțe corect sunetul L în structura LA-LA.	Este de tip toracic ușor diferențiat. Reușește să stingă lumânarea, dar pierde aer și pe cale nazală.	Cu suport concret (imagini) reușește să diferențieze consoanele surde de cele sonore.	Sunetul S este consolidat și în etapa de diferențiere cu sunetul Ș care este consolidat la nivel de cuvânt.	Hipernazalizare a este tot la nivelul 4 – nazalizarea afectează atât vocalele, cât și unele consoane.
Evaluare la 1 an	Sunt dezvoltate din punct de vedere funcțional	Limba prezintă o motricitate funcțională pentru pronunție. Sunt exersate exerciții pentru întărirea musculaturii vălului palatin (gargară cu apă, cu capul pe spate se pronunță vocale prelung sau sacadat).	Respirația este puțin diferențiată, unda expiratoare apare și pe cale nazală concomitent cu cea orală.	Copilul reușește cu ușurință să realizeze probele de diferențiere fonematică (la nivel de sunet, silabă, cuvânt).	Sunetele S, Ș și L sunt automatizate. Sunetele Z, J și T sunt consolidate la nivelul cuvântului. Sunetul R este în etapa de emiterie.	Hipernazalizare a este la nivelul 3- sunt afectate doar vocalele.
Evaluare la 1 an și 6 luni	Sunt dezvoltate din punct de vedere funcțional	Motricitatea vălului palatin este îmbunătățită. Narinele vibrează (în poziția cu capul pe spate) doar la vocalele E și I.	Respirația este diferențiată. Reușește să realizeze exercițiile de inspir-expir corect.	Probele pentru auz fonematic nu ridică dificultăți, sunt corect realizate.	Sunetele S-Z, Ș-J, T și L sunt automatizate. Sunetul R este în etapa de consolidare.	Hipernazalizare a este la nivelul 2- este evidentă la vocalele E și I, fără să apară și distorsionarea.
Evaluare la 2 ani	Sunt dezvoltate din punct de vedere funcțional	Motricitatea vălului palatin este mult îmbunătățită. Narinele vibrează doar la vocala I.	Respirația este diafragmală și diferențiată.	Probele pentru auz fonematic nu ridică dificultăți, sunt corect realizate.	Sunetele S-Z, Ș-J, T-Ț-L sunt automatizate. Sunetul R este în etapa de diferențiere.	Hipernazalizare a este la nivelul 1- aproape insesizabilă, nu influențează semnificativ inteligibilitatea vorbirii. Ajunge totuși la nivelul 2 sau 3 pe fond de oboseală.

Recomandări:

1. Continuarea programului terapeutic logopedic pentru automatizarea tuturor sunetelor corectate.
2. Realizarea exercițiilor specifice pentru menținerea nivelului 1 sau chiar corectarea totală în ceea ce privește nazalizarea.
3. Menținerea legăturii cu terapeutul și cadrele didactice pentru automatizarea nivelului atins în corectare.

Concluzii

Rinolalia deschisă este un tabloul patologic complex, un tablou pentru care atât demersul logopedic de evaluare, cât și cel de intervenție trebuie atent proiectat și monitorizat.

În anumite cazuri recuperarea este mai facilă, în timp ce în alte cazuri demersul terapeutic este particularizat de o serie de sincope, regrese și stagnări. Este evident că în activitatea recuperatorie părintele reprezintă un pion activ al echipei de lucru, alături de logoped și cadrele didactice din grădiniță. De asemenea, colaborarea cu medicul ORL și monitorizarea medicală atentă este un alt criteriu care poate asigura eficiența demersului terapeutic și reducerea timpului de desfășurare a programului terapeutic.

Bibliografie

- Anca, M. (2002). *Logopedie*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Anca, M.; Hațegan, C., (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Bejan, L., Drugaș, I., Hărdălău, L., (2009). *Aplicații practice în Logopedie și*

Psihologie școlară, Oradea: Editura Primus.

Bodea Hațegan, C. (2016). *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*, București: Editura Trei.

Jurcău, E., (2003). *Logopedie*, București: Editura Didactică și Pedagogică.

Moldovan, I. (2006). *Corectarea tulburărilor limbajului oral*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.

Verza, E. (2009). *Tratat de logopedie (vol 2)*, București: Editura Semne.

Vrășmaș, E., Stănică, C. (1997). *Terapia tulburărilor de limbaj. Intervenții logopedice*. București: Editura Didactică și Pedagogică.

¹ Profesor logoped, Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă, Cluj-Napoca. E-mail: buttamirela@yahoo.com