

Particularități trapeutice în tulburarea de ritm și fluentă de tipul bâlbâielii asociată cu hipoacuzia de transmisie

Mirela BUTTA ¹

Abstract

Some studies made a connection between mild transmission hearing impairment and the ability to perceive speech rate both led to stuttering.

Language acquisition is closely linked to the hearing development. Children with hearing impairments go through the same steps in hearing development as typically developed children do but they need more time to go through each developmental stage.

During the intervention programme, hearing must not be dealt with in an isolated way. It is highly recommended that the functions of hearing to be connected with the functions the tactile-kinesthetic, visual, dynamic, olfactory, vestibular ones. The child will be able to develop the capacity of auditory decoding and also the communicative competences as the capacity of hearing is growing in combination with other sensory ways.

Keywords: mild transmission hearing impairment, developmental stuttering, speech therapy, fluency disorders,, The Programme of Runyan-fluency rules.

Hipoacuzia de transmisie

Hipoacuzia de transmisie este determinată de orice condiție care interferează cu transmiterea sunetului prin urechea externă și medie spre urechea internă (Haddad, 2007). Aceasta poate fi: congenitală (anomalii ale pavilionului auricular, ale timpanului, ale conductului auditiv extern sau ale oscioarelor urechii medii) sau dobândită (cerumen în exces, infecții otice cronice, corpi străini).

S-a constatat faptul că hipoacuzia are consecințe severe asupra dezvoltării vorbirii și limbajului. În cazul întârzierii diagnosticului precoce a hipoacuziei, centrii auditivi cerebrali nu sunt stimulați, ceea ce duce la întârzierea în dezvoltare a abilităților receptive și expresive de comunicare. Prin urmare afectarea vorbirii va determina probleme de învățare. Dificultățile de comunicare

pot duce la izolare socială și subestimare personală (Cho LJE., 2004).

Succesul diagnosticului precoce și ulterior al intervenției trapeutice corespunzătoare depinde de membrii echipei din care fac parte: medici neonatologi (din maternitate), familia, medici pediatri sau medicul de familie, audiologi, otolaringologi, psihologi, logopezi, educatori ai copiilor cu hipoacuzie sau surditate (Pop, 2006).

Se cunoaște faptul că hipoacuzia este o afecțiune gravă care poate ridica probleme sociale și economice semnificative pentru persoane, familii și comunități. Deoarece persoanele hipoacuzice își maschează acest deficit, persoanele fără tulburări de auz se așteaptă ca ele să audă normal. Din păcate, necunoașterea originii unor comportamente poate duce la ridiculizare, ignorare sau pot deveni ținta

constată a furiei și frustrării familiei, colegilor sau chiar a străinilor.

În general pacienții neagă existența problemei, devenind în același timp tot mai incapabili să înțeleagă conversații. Neînțelegerea limbajului oral va afecta relațiile interpersonale atât în familie, cât și în societate.

De asemenea, încercarea de a se preface că nu există nici o problemă supune pacienții unui stres semnificativ. Vor fi mai izolați, temându-se de situațiile jenante.

În timp, impactul psihologic negativ al hipoacuziei este evident. Cu cât mai gravă este hipoacuzia, cu atât mai mare este posibilitatea ca pacienții să sufere consecințe sociale negative precum stări de nervozitate, pierderea respectului de sine, instabilitate emoțională și chiar depresie (www.audionova.ro).

Auzul binaural – o premisă a localizării sunetului

Faptul că avem două urechi amplasate pe părțile laterale ale capului este de o importanță majoră atunci când se localizează sursa sunetului. Datorită distanței dintre urechi, un sunet ce vine din partea stângă va fi auzit mai repede cu urechea stângă decât cu cea dreaptă. Același sunet va fi perceput mai încet în urechea dreaptă, întrucât sunetul își pierde din energie odată cu distanța. Sunetele de înaltă frecvență au lungimi de undă mai mici decât lățimea capului nostru, pe când sunetele de joasă frecvență au lungimi de undă mult mai mari (Durlach, Thompson and Colburn, 1981).

Toate aceste aspecte poartă generic numele de diferențe interaurale. Aceste diferențe de percepție ale aceluiași sunet cu două urechi diferite permite creierului să determine cu exactitate unde se află sursa sunetului. Deoarece creierul poate detecta atât sursa vorbirii cât și sursa zgomotelor, ne putem concentra asupra vorbitorului și putem înțelege vorbirea chiar și într-un mediu zgomotos. Pe măsură ce simțul auzului se deteriorează, capacitatea de a determina sursa sunetelor și de a înțelege vorbirea într-un mediu zgomotos scade și ea (Durlach, Thompson and Colburn, 1981).

Capacitatea ascultătorului de a percepe și de a organiza mediul auditiv depinde de capacitatea de a utiliza ambele urechi. Cu o singură ureche care funcționează bine este imposibil să se determine originea sunetului. De asemenea calitatea sunetului este mult mai bună când este auzit cu ambele urechi. Vorbirea percepută cu o singură ureche este lipsită de nuanțe (Durlach, Thompson and Colburn, 1981).

Tulburarea de ritm și fluentă în contextul hipoacuziei de transmisie

Etiologia

Au fost propuse numeroase teorii despre etiologia tulburării de ritm și fluentă (Bloodstein, 1993). Din punct de vedere istoric, aceste teorii se concentrau asupra unor cauze unice care acționează în mod izolat. Nici una dintre aceste teorii nu s-a dovedit satisfăcătoare, totuși, fenomenologia tulburării de ritm și fluentă este complexă și foarte individualizată. Ca urmare, unele teorii se concentrează pe mai mulți factori etiologici care interacționează în moduri

complexe pentru diferiți copii care prezintă tulburări de ritm și fluență (Bloodstein, 1993). Aceste interacțiuni implică nu numai factori genetici și de mediu, ci și diverse aspecte ale dezvoltării generale a copilului.

Unele studii au stabilit o legătură între hipoacuzia ușoară de transmisie și tulburări ale ritmului care au dus împreună la dezvoltarea unei tulburări de ritm și fluență de tipul bâlbâielii (Bloodstein, 1993).

Definiții și concepte

Bâlbâiala este de obicei definită ca o disfluență involuntară în expresia verbală. În general, se manifestă ca repetări ale sunetelor, silabelor, cuvintelor sau pauze prelungite între sunete și cuvinte.

Disfluențele limbajului oral pot fi, de asemenea, însoțite de reacții afective, comportamentale și cognitive. Aceste reacții sunt distincte de disfuncțiile discursului în sine, dar fac parte din tulburarea globală de bâlbâială (Yaruss, 2010). Exemple de reacții comportamentale, care devin rapid incluse în modelul de vorbire al copilului, includ tensiunea fizică și lupta în mecanismul de vorbire, pe măsură ce copii încearcă să-și controleze discursul. Reacțiile afective și cognitive includ sentimente de anxietate, jenă și frustrare. Deoarece bâlbâiala are caracter pervaziv, copiii pot dezvolta rușine, stimă de sine scăzută și comportamente de evitare a unor cuvinte, sunete sau situații de vorbire. Aceste reacții negative pot duce la o severitate sporită a bâlbâielii și pot accentua foarte mult problemele de comunicare ale copilului.

Comportamentele secundare asociate cu bâlbâiala includ contracții motrice la nivelul ochilor, grimase faciale, sau alte mișcări involuntare. Aceste comportamente sunt abordări învățate pentru a minimiza severitatea crescândă a bâlbâielii și se pot adăuga la jena pacientului și teama de a vorbi. Copiii și adulții mai în vârstă dezvoltă adesea comportamente secundare suplimentare pentru a ascunde tulburarea fluenței discursului. Aceste comportamente lingvistice de evadare și evitare includ substituții de cuvinte, folosirea interjecțiilor și revizuirii propozițiilor (Yaruss, 2010).

Cercetătorii au descoperit că bâlbâiala este mai mult decât o problemă de vorbire, este, de asemenea, o problemă de percepție ritmică. Experții de la Universitatea de Stat din Michigan au descoperit faptul că acei copii care prezintă bâlbâială au dificultăți de a auzi o bătaie în ritmuri asemănătoare muzicii, care ar putea explica modelele lor de vorbire. Studiile realizate dovedesc că în cazul hipoacuzicilor nu este o aritmie propriu-zisă ci un ritm defectuos al vorbirii. Diverse experimente precum și activitățile corectiv-compensatorii susținute arată că acest ritm specific poate fi ameliorat și apropiat de ritmul vorbirii normale (Maria A. Hațegan C., 2008).

Bâlbâiala a fost interpretată în primul rând ca o dificultate a exprimării orale, dar acesta este primul studiu care arată că este legat de un deficit de percepție a ritmului - cu alte cuvinte, abilitatea de a percepe și de a păstra o secvență auditivă, a declarat co-autorul studiului, Devin McAuley, PhD, profesor de psihologie la

Universitatea de Stat din Michigan. Acest lucru este important pentru că identifică intervențiile potențiale care s-ar putea concentra pe îmbunătățirea percepției ritmului la copiii care prezintă bâlbâială, care apoi ar putea conduce la o mai bună fluentă în vorbire (Devin, 2015).

Clasificare

Bâlbâiala este clasificată ca fiind o tulburare de dezvoltare, neurogenică, sau psihogenică. Bâlbâiala de dezvoltare este cea mai obișnuită formă. Aceasta apare la 80% din cazurile de bâlbâială în populația generală, la vârste cuprinse între trei și opt ani. Aproximativ 75% dintre copiii cu bâlbâială de dezvoltare se recuperează spontan în decurs de patru ani (Yairi, 1999).

Bâlbâiala neurogenică apare în mod obișnuit după un eveniment neurologic, cum ar fi leziuni cerebrale traumatice, accident vascular cerebral sau alte leziuni cerebrale. Bâlbâiala de dezvoltare poate fi diferențiată de bâlbâiala dobândită, deoarece repetiția se produce la începutul cuvintelor, iar comportamentele secundare sunt mai evidente decât la bâlbâiala dobândită.

Bâlbâiala psihogenă este rară și implică repetarea rapidă a sunetelor inițiale. De obicei apare la adulți cu antecedente de probleme psihiatrice în urma unui eveniment psihologic sau traumatism emoțional (Devin, 2015).

Diagnostic și evaluare

Ritmul ridicat de recuperare în cazul bâlbâielii precoce indică un prognostic pozitiv pentru mulți copii. Totuși, complică procesul de diagnosticare și face dificilă evaluarea eficacității intervenției

timpurii. Există un acord general între practicieni că cel mai bine este evaluarea copiilor mici la scurt timp după debutul bâlbâielii pentru a estima probabilitatea de recuperare. Adesea, este dificil să se facă această determinare și există un dezacord considerabil dacă este cel mai bine să se înscrie imediat copiii în tratament sau să se aștepte să se vadă dacă se vor recupera fără intervenție (Yairi, 1999).

Pe baza înțelegerii faptului că etiologia bâlbâielii din copilărie implică mai mulți factori care interacționează, evaluarea diagnosticului unui copil preșcolar care se bâlbâie implică evaluarea mai multor aspecte ale discursului, limbii și dezvoltării generale a copilului, precum și aspecte ale mediului copilului. În mod specific, o evaluare completă a diagnosticului include următoarele:

1. Un interviu detaliat cu părinții sau îngrijitorii despre factori precum istoricul familial al bâlbâielii, reacțiile familiei la dificultățile de vorbire ale copilului, reacțiile copilului la bâlbâială, modelele de fluentă a vorbirii la care copilul este expus la domiciliu și orice alte informații despre comunicare sau ați stresori pe care copilul le poate întâmpina, cum ar fi concurența pentru timpul de vorbire cu frații;
2. Evaluarea caracteristicilor observabile ale fluentei copilului, inclusiv frecvența, durata și tipul de disfluențe și o evaluare a severității bâlbâielii;
3. Evaluarea abilităților de vorbire ale copilului, inclusiv o evaluare a producției de sonorizare vocală /

dezvoltarea fonologică și a abilităților de scriere;

4. Evaluarea dezvoltării limbajului receptiv și expresiv al copilului, inclusiv structurile morfologice, vocabularul, sintaxa și interacțiunea pragmatică;
5. Evaluarea temperamentului copilului, inclusiv sensibilitatea la stimulii din mediu și preocupările legate de dificultățile de vorbire (Yairi, 1999).

Demers terapeutic

Înșușirea limbajului este strâns legată de educarea auzului (Popescu, 2009), stadiile dezvoltării auzului copilului cu hipoacuzie fiind aceleași ca ale unui copil cu auzul valid, cu specificarea că un deficient de auz are nevoie de mai mult timp pentru parcurgerea fiecărui stadiu (Batliner, 2001).

Pe parcursul programului de recuperare auzul nu trebuie abordat în mod izolat. Este recomandat să se dezvolte funcțiile auditive, precum și tactil-kinestezic, vizual, motorii, olfactive, vestibulară. Pe măsură ce capacitatea de auz se dezvoltă în combinație cu alte căi senzoriale, copilul va fi capabil să dezvolte capacitatea de decodificare auditivă și competențele comunicative (Bertram, 2004).

În prezent, există două abordări primare pentru tratamentul copiilor mici care se bâlbâie, denumiți în mod tradițional "terapie indirectă" și "directă". Terapia indirectă se bazează pe ideea că fluența copiilor este afectată de caracteristicile specifice ale discursului lor, cum ar fi rata de vorbire, timpul de întrerupere între cuvinte și fraze, lungimea și

complexitatea pronunțării. În mod specific, se pare că copiii sunt mai puțin susceptibili să se bâlbâie dacă vor vorbi mai încet, vor acorda mai mult timp pentru întrerupere sau vor folosi cuvinte mai scurte și mai simple. Dacă copiii pot învăța să folosească aceste strategii de "facilitare a fluenței", sunt mult mai probabil să fie fluenți și, probabil, mai puțin susceptibili de a dezvolta o tulburare de bâlbâială cronică.

Strategiile directe de tratament includ în mod special învățarea copiilor să utilizeze o rată mai lentă de vorbire sau o tensiune fizică redusă pentru a-și îmbunătăți limbajul și pentru a-i ajuta să învețe să modifice cazurile individuale de bâlbâială, astfel încât acestea să fie mai puțin perturbatoare comunicării (Bennett, 1999). Alte abordări directe includ tratamente operant bazate pe amplificarea expresiei fluente într-o ierarhie a pronunțării de creștere a complexității și lungimii sintactice (Bennett, 1999).

Abordarea Lidcombe, care a devenit proeminentă în ultimii ani, implică o laudă parentală pentru vorbirea fluentă în vorbirea zilnică a copilului și corectarea ocazională a bâlbâielii (Bodea Hațegan, 2016).

Relația dintre tulburarea de ritm și fluență și tabloul de hipoacuzie este studiată în cadrul acestui articol la nivelul studiului de caz mai jos prezentat.

Prezentare de caz

V.A. este un elev de sex masculin, născut la data de 05.10.2008, în Cluj-Napoca. A început terapia logopedică la 6 ani.

Anamneza

Sarcina a decurs normal, nașterea făcându-se la termen. Primul cuvânt este rostit în jurul vârstei de 1 an, disritmia limbajului apare la doi ani, odată cu formarea propozițiilor. La naștere s-a constatat o dezvoltare insuficientă a pavilionului urechii, pe partea dreaptă și obturarea conductului auditiv. În urma evaluărilor de specialitate diagnosticul a fost de hipoacuzie ușoară. La vârsta de 4 ani V.A. a fost supus unei intervenții chirurgicale de refacere a pavilionului urechii afectate și de restaurare a canalului auditiv extern. În urma intervenției, după o perioadă scurtă de timp, copilul a fost inclus într-un program de reabilitare auditivă.

Mama prezenta un risc sporit pentru o dizabilitate senzorială a fătului, deoarece are Rh negativ iar tatăl are Rh pozitiv. Mama a suspectat prezența unei tulburări senzoriale în jurul vârstei de 7-8 luni, deoarece copilul nu răspundea în mod corespunzător solicitărilor exterioare.

Din punct de vedere al adaptării psihopedagogice se constată o adaptare bună, în grup, relaționând bine atât cu colegii cât și cu adulții. Atât la grădiniță, cât și la școală, progresele au fost constante și evidente, copilul având rezultate școlare foarte bune.

Ancheta socială

Părinții au studii medii, cu o situație economică relativ bună. Este primul copil în familie, mai are un frate mai mic, preșcolar. Părinții se ocupă de creșterea și educarea copiilor, care au condiții corespunzătoare de igienă personală și psihică.

Dezvoltarea copilului, din punct de vedere cognitiv este una tipică. S-a evidențiat o instabilitate emoțional-afectivă fiind sub influența tatălui care-l domină și-și exercită autoritatea asupra ambilor copii.

Examenul somatic

Prezintă o dezvoltare staturală, ponderală și toracică normală.

Evaluarea auzului a fost realizată prin acumetrie fonică și acumetrie instrumentală - prin proba Weber.

Acumetria fonică a relevat faptul că perceperea vorbirii s-a realizat de la 5 m, ceea ce indică o posibilă diminuare ușoară a auzului.

Acumetria instrumentală, realizată cu ajutorul probei Weber, indică faptul că elevul percepe sunetul mai puternic în urechea dreaptă, ceea ce denotă faptul că prezintă un ușor deficit a auzului la nivelul urechii drepte.

Evaluare logopedică

În urma evaluării observaționale s-a constatat întreruperea vorbirii în timpul pronunției sunetelor, din cauza unor spasme care conduceau la repetarea unor silabe sau sunete la începutul cuvintelor. S-a concluzionat faptul că aceste tulburări au fost întreținute și accentuate pe parcursul existenței sale de trăiri emoționale perturbatoare, declanșate de comportamentul deosebit de autoritar al tatălui.

Intensitatea tulburării de ritm și fluentă pe fondul bâlbâielii este constantă, puternică, necesitând un consum energetic mare. Dificultățile de vorbire sunt însoțite de grimase, convulsii ale feței, gesticulații ale mâinilor, mișcări ale

picioarelor, ajungând la o agitație a întregului corp.

Autoevaluarea presupune ca elevul să stabilească pe o scală de la 1-4 măsura în care disfluențele cu care se confruntă îi afectează abilitățile de comunicare, în care 1 este puțin grav, iar 4 este foarte grav. Situațiile urmărite sunt: în relațiile cu familia, cu prietenii, la școală, în parc, în relațiile publice, cu persoane necunoscute, în comunicarea la telefon etc. Copilul nu recunoaște că se confruntă cu o tulburare de limbaj, consideră că abilitățile sale de comunicare nu sunt afectate, apreciindu-și vorbirea cu valoarea 1 (tulburarea nu îi afectează limbajul), pe scala de la 1-4.

Evaluarea obiectivă a articulării relevă numărul total de opriri și blocaje, pentru 100 de cuvinte înregistrate. Sarcinile de reproducere și denumire au constatat în:

- serii de limbaj automat (zilele săptămânii, lunile anului, numărul de la 0- la 20);
- răspunde la 5 întrebări prin da/nu;
- răspunde la întrebări prin 1 sau 2 cuvinte sau prin propoziții;
- citirea unui text;
- repetă 10 cuvinte (monosilabice, bisilabice, plurisilabice);
- repetă frazele textului citit;
- pronunția a 10 cuvinte care încep cu sunetul "p";
- denumeste 10 culori;
- pune 10 întrebări pornind de la o fotografie;
- vorbește despre timpul său liber;
- vorbește despre tulburarea sa.

În urma evaluării obiective se observă o cunoaștere bună a termenilor utilizați, în 70% dintre cuvintele

pronunțate/articulate apare frecvent repetarea primei silabe (de 2 ori), precum și tensiune musculară la nivelul feței, mai ales tensiuni musculare ale maxilarului inferior, închiderea frecventă a ambilor ochi și alte mișcări corporale.

Evaluarea tulburării de ritm și fluentă s-a realizat și cu ajutorul unei fișe de evaluare propusă de Stuttering Center of Western Pennsylvania, fișă elaborată de Yaruss-2014 (Bodea Hațegan, 2016). Această fișă se adresează aparținătorilor copilului, pentru conștientizarea următoarelor aspecte: severității, frecvenței, duratei de manifestare. Astfel, părinții elevului V.A. au remarcat faptul că acesta se bâlbâie mai frecvent în prezența tatălui, când vine de la școală și seara (pe fondul oboselei), disfluențele erau la nivelul începutului cuvântului-prin repetarea primei silabe și vorbirea cu un consum energetic mare, cu multiple spasme musculare. Copilul nu recunoaște că prezintă o dificultate de limbaj, deoarece s-a obișnuit cu ea și dorește să o ascundă în fața tatălui.

Evaluarea ritmului

Proba identifică tulburări de ritm în cazul copiilor care prezintă bâlbâială, tahilalie sau bradilalie folosind sarcinile:

- diferențierea între două ritmuri;
- reproducerea unei structuri ritmice formate din 2 elemente;
- reproducerea unei structuri ritmice formate din 3 elemente;
- reproducerea prin imitare verbală a unei succesiuni de 2 cuvinte;
- imitarea verbală a 3 cuvinte legate;
- repetarea unei secvențe de 2 cuvinte; apoi a unei secvențe de 3 cuvinte;

- recitarea unor versuri cunoscute sau repetarea după logoped a unor versuri;
- pronunțarea unor propoziții simple, apoi dezvoltate, cu ritm și intonație corespunzătoare modelului dat de logoped;
- povestirea liberă după imagini;
- stimularea dialogului prin întrebări relaxante lansate de logoped.

Concluzii

Elevul prezintă tulburări de ritm, deși realizează diferența auditivă dintre două ritmuri nu le poate reproduce. Reproduce, prin imitare verbală, o succesiune de 2 sau 3 cuvinte, cu multă greutate, poticniri frecvente și repetări. Recită cu sprijin și cu multă greutate versuri cunoscute.

În urma evaluării complexe a elevului diagnosticul logopedic a fost: tulburare de ritm și fluentă pe fondul bâlbâielii.

Intervenția terapeutică

În elaborarea unei scheme terapeutice se are în vedere faptul că ritmul este în relație cu trei elemente: tempoul vorbirii, pauzele de inspirație, plasarea corectă a accentului.

Ritmul vorbirii este facilitat dacă se pornește de la exersarea unor mișcări ritmice generale. Datorită acestui fapt este recomandat ca în structurarea ritmului vorbirii să fie introduse elemente de ritmică neverbală (Anca, Hațegan, 2008).

În structurarea schemei terapeutice trebuie să se țină seama și de canalele senzoriale prin care vor fi percepute modelele ritmice (Anca, Hațegan, 2008).

Ca urmare a muncii de cercetare desfășurate în domeniu, pe parcursul a

câtorva decenii de cercetări, au fost puse la punct câteva tehnici de ordin comportamental, bazate pe învățarea unui nou ritm expresiv.

Particularizând modalitatea de intervenție terapeutică pentru elevul V.A. am utilizat Fluency Rules Program (Programul regulilor fluentei-Runyan, Runyan, 1986) (Bodea Hațegan, 2016).

Programul care a fost propus conține șapte pași care ajută copilul să depășească tulburarea de ritm și fluentă cu care se confruntă.

Prima regulă se referă la gestionarea ratei vorbirii, elevul va învăța să vorbească cu o rată scăzută. Se poate utiliza pentru aplicarea acestei reguli metronomul sau xilofonul (fiecare cuvânt este pronunțat cu o bătaie pe o clapă a xilofonului).

A doua regulă implică dobândirea unor abilități respiratorii verbale funcționale. După dobândirea unui echilibru al respirației non-verbal se trece la dobândirea echilibrului respirator verbal: se inspiră profund-pe expir elevul spune lung o vocală/trei onomatopee/cuvinte bisilabice-plurisilabice/propoziții scurte. La elevii mai mari se realizează segmentarea textului pe unități care vor imprima ritmul citirii.

A treia regulă urmărește antrenarea componentelor active ale aparatului fonoarticulator, cele care prin activitatea lor conduc la apariția sunetelor. Acest antrenament implică realizarea unor exerciții variate ale componentelor active ale aparatului fonoarticulator în contexte diferite.

A patra regulă conștientizează copilul asupra faptului că producerea sunetelor

se realizează doar la nivelul aparatului fonoarticulator, fără implicarea unor mișcări ale corpului sau tensiuni exagerate la nivelul unor părți ale corpului. Sunt utilizate exerciții de recitare și cântat, în special cele care implică și mișcări ale corpului, aceste combinații de mișcări duc la transferul ritmului de la nivel corporal la nivelul pronunției.

A cincea regulă atrage atenția copilului asupra componentei fluide a limbajului. Pentru aceasta pauzele, blocajele nu sunt necesare, ele destructurează fluența vorbirii. Este utilizată vorbirea în propoziții scurte pe expir, descrierea unei întâmplări trăite, descrierea unei imagini, etc.

A șasea regulă conștientizează copilul asupra faptului că vocea se produce la nivel de laringe, unde nu este nevoie de tensiune pentru a produce vibrația. Actul vorbirii trebuie realizat cu plăcere și e bine ca elevul să îl resimtă ca atare.

A șaptea regulă îi atrage copilului atenția spre nevoia de a articula fiecare cuvânt distinct. Se poate folosi exemplul trenului care are mai multe vagoane: fiecare cuvânt este un vagon, trenul parcurge drumul ușor, la fel fiecare cuvânt trebuie rostit lin, fluent, ușor, pentru a avea abilități bune de vorbire (Bodea Hațegan, 2016).

O etapă importantă a terapiei a fost consilierea părinților și aplicarea metodelor învățate și acasă.

Concluzii și recomandări

S-a observat încă de la început o integrare în activitate dinamică, dar cu o alternare a perioadelor de performanță cu cele de

insucces. În general, evoluția a fost lentă, cu un ritm oscilant.

În concluzie tulburarea de ritm și fluență a elevului s-a diminuat considerabil. Cauzele decelate au fost: hipoacuzie ușoară, stresul generat de conflictul tată-fiu și stresul generat de debutul școlarității.

Câștigurile terapeutice constau în: o mai bună capacitate de exprimare și comunicare, detensionare, scăderea anxietății și a stării de nervozitate, dobândirea încrederii în sine.

Pe tot parcursul demersului terapeutic copilul trebuie înțeles și ajutat să-și cunoască problemele, să le privească și să le înțeleagă, să se cunoască, să se accepte și să-și folosească resursele. Dacă atenția, ajutorul care i se acordă este de bună calitate, va scăpa de frământări și va căpăta încredere în el însuși și în ceilalți.

De asemenea, atmosfera familială în care trăiesc copiii constituie un factor care le influențează hotărâtor evoluția în terapia limbajului.

Este importantă, în timpul terapiei logopedice, evitarea plictisului, stimularea motivației, dezinhibarea, stimularea activității psihice, reechilibrarea personalității.

Bibliografie

- Batliner, A. (2001). *The Integration of Phonethic Knowledge in Speech Technology*, Netherlands: Editura Springer.
- Bennet RL. (1999). *The practical Guide to the Genetic Family History*, Wiley-Liss: p.83-88,191-193.

- Bertram, B. (2004). Cochlear Implantation for Children with Hearing Loss and Multiple Disabilities: An Evaluation from an Educator's Perspective, in *Volta Review*, vol.104, p.349-359.
- Bloodstein, O., (1993), *A handbook on stuttering*, Chicago: National Easter Society.
- Bodea Hațegan C., (2016). *Logopedia. Terapia tulburărilor de limbaj. Structuri deschise*, București: Editura Trei.
- Cho LJE., (2004). Speech-Language and Educational Consequences of Unilateral Hearing Loss in Children, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*: 130(5):524-30.
- Devin McAuley, (2015). Evidence for a rhythm perception deficit in children who stutter, *Brain Lang*: 144, 26-34.
- Durlach, N.I., Thompson, C.L., Colburn, H.S. (1981). Binaural interaction in impaired listeners—A review of past research. *Audiology*, 20, 181-211.
- Haddad J Jr., (2007). Hearing loss. In Kliegman: Nelson *Textbook of Pediatrics*, 18th ed. Saunders: chap 636.
- Maria A., Hațegan C., (2008). *Terapia limbajului. O abordare interdisciplinară*, Cluj-Napoca, Presa Universitară Clujeană.
- Pop, C. (2006). Hipoacuzia- drama unei dizabilități. Supraviețuirea într-o lume fără zgomote, *Medic.ro*: 24:12-16.
- Popescu, R., Ștefănescu, C.A. (2009). *Sugestii pentru părinții în problematica învățare-evalare: abordări, studii, cercetări*, (Popescu R. coordonator), Sibiu: Editura Psihomedica.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*, Bloomington: MN: Pearson Assessments.
- Yairi E, Ambrose NG. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *J Speech Lang Hear, Res*: 42(5):1097-1112.

www.audionova.ro

¹ Profesor logoped gradul didactic I la CSEI Cluj.

E-mail: buttamirela@yahoo.com