ARGUMENTS IN FAVOR OF ESTABLISHING PROMPT AND COMPLEX INTERVENTION IN LANGUAGE DISORDERS

Iuliana Bărbuceanu
PhD. Student, „Ion Creangă" Pedagogical State University of Chișinău

Abstract:Constructing a harmonious, tailored, integrated personality, depends on the successful browsing of stages of development.
In child development of great importance is the acquisition and evolution of language. The language has many implications: cognitive, pertaining to school, social, behavior, in the personality, passing first through emotional side.
As language disorders is extensive and/or deep, even children's emotional imbalances are more pronounced. Emotional imbalaces are reduced by complex intervention: speech and psycho.

Keywords: evolution of language, language disorders, awareness, excessive shyness, emotional imbalances.

Încă din antichitate omenirea s-a preocupat de formarea unei vorbiri corecte și cursive ca și de corectarea unor dificultăți de vorbire, atunci când ele apăreau. Grecia antică slăvea oratoria și pe oratori, asigurându-le acestora un statut privilegiat în cadrul societății. În operele lor, autorii antici ca Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat ne fac cunoscut modul în care societatea antică grecească se îngrijea de formarea unei vorbiri cât mai armonioase și pe înțelesul celorlalți. Este cunoscut exemplul lui Demostene care, a reușit să învingă balbismul de care suferea și care îi determinase o profundă retragere în sine. Odată cu învingerea dificultăților de limbaj, a demonstrat restructurări profunde în planul personalității sale prin performanța de a fi ajuns unul dintre marii oratori ai lumii antice [25].

În achiziția limbajului, copilul parcurge anumite etape: etapa plânsetului pe care Fry a identificat-o ca fiind „singura vocalizare a copilului de 0-2 luni"; Vîgotskya denumit-o „stadiul pre-intelectual", urmată apoi de cea a gânguritului (emiterea de sunete asemănătoare silabelor) începând cu 6-7 luni, a lalațiunii, apoi adăugarea de tot mai multe foneme, în același timp cu achiziția anumitor cuvinte spre 1 an și adăugarea de tot mai multe cuvinte în cel de-al 2-lea an de viaţă [4, p. 153].

După E. Verza constituirea „limbajului cu rol de comunicare" începe să aibă loc în jurul vârstei de 16 luni. Aceasta se realizează atât pe baza dorinței copilului de a se face înțeles, cât și pe baza observaţiilor copilului că totul în jurul său poartă o denumire [24, p. 103].

Vârsta de un an și jumătate, reprezintă, dupa S. H. Fraiberg, un „punct de răscruce" în dezvoltarea copilului. În jurul acestei vârste (cu mici variații individuale) începe însușirea limbajului. Prin această uluitoare achiziție, se trece de la un sistem de gândire (bazat pe imagini), la un sistem aflat pe o treaptă superioară (bazat pe simbol) [8, p. 105].

A.Birch apreciază că în privința vocabularului, copilul de 1 an și jumătate utilizează aproximativ 30 de cuvinte, iar către vârsta de 2 ani, este deja capabil să formuleze propoziții simple, cu însușirea primelor reguli gramaticale, volumul vocabularului înregistrând o creștere rapidă (circa 400 de cuvinte la 2 ani și jumătate) [4].

Începând cu vârsta de 2 ani, E. Verza semnalează debutul unei perioade a interogărilor fără sfârșit. Marele psiholog român, socoteste acest fapt ca fiind „marea identificare a lumii obiectuale". Rolul de comunicare al limbajului devine tot mai pregnant,

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

celor două motive expuse anterior, adăugându-li-se încă unul: acela de a exprima sentimente sau întâmpinarea de dificultăți [24, p. 104].

Acest aspect prezintă o importanță covârșitoare, deoarece arată faptul că un copil aflat între 2 și 3 ani, devine capabil să-și exprime verbal trăirile afective. Deci, întârziind momentul exprimării verbale, și exprimarea trăirilor afective este mult amânată. Un copil la care limbajul apare cu întârziere, iar atunci când apare, se prezintă într-o formă defectuoasă, își va concentra toate eforturile pe dorința de a se face înțeles în exprimarea cerinței. Iată de ce exprimarea trăirilor afective se amână. Există posibilitatea ca în cazul anumitor indivizi, această capacitate de a exprima trăirile afective, să nu mai apară niciodată, fapt ce va avea grave repercusiuni, după cum vom arăta mai departe.

Către vârsta de 3 ani, copilul realizează propoziții tot mai complexe prin adăugare de morfeme. T. Peeters (2009) apreciază faptul că la această vârstă pot apărea unele erori de dezvoltare printr-o generalizare excesivă [16].

După Ch. Buhler si W Stern, la vârsta de 3 ani volumul maxim al vocabularului copilului ajunge la aproximativ 1000 de cuvinte [24].

H. Gardner (1982) apreciază că odată cu intrarea în cel de-al 5-lea an de viață, limbajul copilului tinde să se apropie de cel al adultului, cu însușirea gramaticii și a sintaxei de bază caracteristice acestuia, dar cu persistența unor anumite imperfecțiuni [30].

În opinia N. Hayes şi S. Orrell, după vârsta de 6 ani accentul revine dezvoltării și îmbogățirii vocabularului [12].

Există patru abordări teoretice majore în încercarea de a explica însușirea și dezvoltarea limbajului. Acestea sunt *teoriile behavioriste, teoriile nativiste, teoriile cognitive* și cele *sociale.*

B.F. Skinner (1957) are un punct de vedere behaviorist potrivit căruia însușirea limbajului apare pe baza unei condiționări operante, determinată de mecanisme precum întărirea și imitația. Acestea fiind mecanisme de achiziţie a limbajului, teoria mai este considerată şi o teorie a învăţării [12].

N. Chomsky (1968), ca reprezentant al teoriei nativiste, argumentează existenţa unei predispoziții biologice de achiziție a limbajului, fapt care a determinat a se vorbi despre limbaj în termeni de „achiziție” şi nu de „învățare” [29, p. 36].

J. Piaget, ca reprezentant alteoriei cognitive argumentează faptul că limbajul copilului apare din nevoia acestuia de organizare, de restructurare a situațiilor, a cerințelor, a dificultăților tot mai mari și mai frecvente cu care este nevoit să se confrunte. Cu alte cuvinte, limbajul este la început doar un instrument util al gândirii, o „vorbire egocentrică” căpătând abia apoi, rol de comunicare [12, p. 158].

Psihologul rus L.Vîgotsky (1962), ca reprezentant al teoriei sociale, consideră nevoia de comunicare a copilului, principalul mobil al apariției limbajului. Cu alte cuvinte, limbajul are origini sociale şi nu numai că apare, dar se și dezvoltă numai prin interacțiunea socială [12].

Și alte cercetări și studii cu privire la interacțiunea părinți-copii, argumentează originea socială a limbajului şi rolul principal al acestuia, de comunicare. Astfel, Brown și Bellugi (1964), prin studii longitudinale, au pus în evidență faptul că indiferent de proveniența copilului, primele propoziții pe care acesta le va formula vor fi asemănătoare din punctul de vedere al semnificației: exprimarea poziției, a posesiei, a acțiunii; Cazden (1965) constată progrese mai rapide in dezvoltarea limbajului la copiii a căror exprimare a fost lăsată să se producă liber, rezultate confirmate şi de catre Nelson şi colab.(1973); Brown(1973) evidențiază existența a cinci etape în însușirea limbajului de către copil: etapa articulării de propoziții formate din doar 2 cuvinte, etapa a doua cu adăugare de articole și forme flexionare, etapa a treia, a întrebărilor, etapa a patra, a frazelor simple şi etapa a cincea, a

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

frazelor complexe, în care se atinge stadiul specific adultului; Gelman și Shatz (1977) evidențiază prin studiile efectuate faptul că modul de a vorbi al adulților cu copiii (Baby Talk Register – BTR) , diferă de modul în care vorbesc adulții între ei; pentru Brunner (1983), primele interacțiuni sociale reprezintă „sistemul de susținere în achiziția limbajului"; Wells (1985) confirmă existența şi universalitatea unei anumite stadialităţi în dezvoltarea limbajului; Butterworth (1987) subliniază modul în care interesul comun copil–mamă pentru un anumit lucru, cum este împărtășirea aceleiași situații, devine facilitator în deprinderea limbajului [4, pp. 155-156].

Lenneberg (1967) afirmă că achiziția limbajului depinde în mare măsură de expunerea copilului la limbaj în „perioada critică" [12, p. 157].

J. și P. de Villiers (1978) subliniază, la rândul lor, rolul interacțiunii părinți–copii în deprinderea limbajului [30].

După acești adepți ai teoriilor sociale, în interacțiunea părinți-copii, are loc acest tip de învățare (chiar dacă în mare parte inconștient), care facilitează în mod extraordinar deprinderea limbajului, eficiență la care nicio altă formă de învățare n-a mai ajuns. Învățarea oricărui conținut poate fi facilitată de către adult dacă este prezentată copilului în maniera unei activități plăcute, de joc. Achiziția limbajului este doar primul pas, dar cel mai important, în crearea unui precedent de deschidere, de interes al copilului față de învățare, în general [3].

M. Montessori consideră primii șase ani din viața copilului ca fiind deosebit de importanți în dezvoltarea generală a acestuia și, în special, în dezvoltarea limbajului. Autoarea a numit aceasta „perioada senzitivă specifică limbajului" [15, p. 47].

E. Verza apreciază faptul că la vârsta de 6 ani lărgimea vocabularului total se situează între un min. de 1500 de cuvinte și un max. de 2500 de cuvinte [24].

După G. Burlea şi M. Burlea la vârsta de 6 ani, din punct de vedere expresiv, lexicul copilului cuprinde peste 3500 de cuvinte. La această vârstă se constată progrese ale limbajului pe toate planurile: utilizarea pronumelui, fraze mai dezvoltate (chiar de peste 6 cuvinte), înțelegerea mai bună a mesajului verbal și fără suport contextual, capacitate sporită de percepere a timpului demonstrată în variații ale timpurilor verbale, utilizarea noțiunilor relative de spațiu și timp, acordul substantiv-adjectiv, greșelile gramaticale mai puțin frecvente, dezvoltarea interogației, a capacității de povestire a evenimentelor, o oarecare adaptare a discursului în funcție de interlocutor. Autoarele apreciază că pe parcursul perioadei între 6 și 7 ani, se constată o evolutie evidentă în privința limbajului, din toate punctele de vedere (fonetic, lexical, al exprimării gramaticale și literare), în privința noțiunilor legate de timp (anotimpuri, dată, durată) și spațiu. În privința limbajului expresiv, copilul de 6–7 ani este capabil să formuleze întrebări cu folosirea negației și a inversiunii. Are loc, bineînțeles, îmbogățirea continuă a fondului lexical [6].

U. Schiopu şi E. Verza apreciază că, deși aflate în scădere față de vârstele anterioare (când copilul a traversat unele faze tranzitorii caracterizate de insuficienta dezvoltare a aparatului fonoarticulator și a zonelor cerebrale responsabile cu vorbirea), pe parcursul varstei de 6-7 ani, tulburările de limbaj prezintă o frecvență încă destul de mare [24].

Dintre toate tulburările de limbaj întâlnite la copilul de 6–7 ani (și în general), *dislalia* (grec. *dys*= dificil, *lalein*=a vorbi) prezintă frecvența cea mai mare. Aceasta reprezintă o „tulburare de pronunţie ce constă în imposibilitatea emiterii corecte a unuia sau mai multor sunete" [6, pp. 131-132].

Dislalia (fr.: d*yslalie;* engl.: *dyslalia*) este definită ca: „dificultate la pronunțarea sunetelor, determinată fie de o leziune organică, fie de o tulburare funcțională." [17, p. 78],

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

Dislalia „constă în deformarea, substituirea, omisiunea, asimilarea și inversiunea sunetelor limbii". În plus, aceste fenomene constatate la nivelul sunetelor, se produc și la cel al silabelor și cuvintelor [23, p. 237].

Dislalia este întâlnită frecvent la copiii de 3–5 ani, fiind considerată o stare fiziologică normală. După această vârstă, menținerea tulburărilor de pronunție, ține de patologia limbajului, fapt care implică intervenția logopedică [17].

Atunci când dificultățile de articulare sunt restrânse la nivelul unor sunete izolate, avem de-a face cu *dislalia parțială,* sau simplă, monomorfă. Când însă, deficiențele se extind la mai multe sunete și grupe de silabe, vorbim despre *dislalie polimorfă.* Când întreaga articulare este afectată, atunci, vorbim despre *dislalie totală* [23, p. 238].

Mai mulți autori s-au preocupat de-a lungul timpului de frecvența cu care dislalia apare în rândul populației de grădiniță și în rândul celei școlare. Sheridan (1946) a găsit dislalia la vârsta de 5 ani, în proporție de 34% la băieți și 26% la fete. La vârsta de 8 ani, același autor a găsit dislalia în proporție de 16% la băieți și de 15% la fete. Nikaşinaa întâlnit în cadrul cercetării sale, tulburarea de limbaj în rândul școlarilor de clasa I a școlilor de masă, în proporție de 19,3 % [24, p. 401].

Procentajul dislaliilor descrește pe măsura înaintării în vârstă, fie datorită corectării multora dintre acestea prin intervenție specializată (logopedică), fie prin intermediul activităților instructiv-educative de la clasă, sau (în cazuri ușoare) prin exersări verbale uzuale [19].

Situația reieșită din analiza rapoartelor CMBRAE, evidentiază faptul că la nivelul municipiului Bucureşti, pe perioada 2008-2016, se constată o creștere a numărului de copii (preșcolari și școlari mici) care prezintă tulburări de limbaj, de la 11,8% în 2008, la 13,6% în 2016.

La nivelul municipiului Iaşi, în anul şcolar 2016-2017, la un număr de 21855 copii examinaţi (dintre care 8450 preşcolari şi 13450 şcolari clasele 0-IV), sunt depistaţi având tulburări de limbaj 1592 de copii (7,28%). Dintre copiii depistaţi, 834 sunt preşcolari (9,86%), iar 758 sunt şcolari (5,63%) [34].

Situaţia în Republica Moldova, reieşita din date furnizate de Ministerul Sănătăţii, arată faptul că la nivelul vârstei de 2-3 ani, 20% dintre copii prezintă tulburări de limbaj iar la nivelul vârstei de 6-7 ani, procentul acestora este de 18,7 % [35].

Dintre tipurile de dislalii, sigmatismul/parasigmatismul prezintă 5,44% din numărul total al tulburărilor de articulare. Această grupă prezintă alterarea articulării sunetelor siflante/șuierătoare/africate: „s, z, ș, j, ț, ce ci, ge, gi". Pot avea loc fenomene de deformare, înlocuire, omisiune. Ca și prevalență, sigmatismul/parasigmatismul este urmat de grupa rotacismului/pararotacismului care presupune alterarea articulării sunetului „r" prin omisiune sau substituire cu „i , l, h" [23, p. 237].

Atunci când la baza dislaliilor nu stau unele anomalii anatomice sau funcționale care alterează receptarea vorbirii, care restrâng mobilitatea, sau împiedică emisia corectă, cel mai adesea sunt incriminați factori ca: tulburări ale auzului fonematic, imitarea de modele neadecvate, bilingvismul, educația precară, factori psihosociali, menținerea infantilismului vorbirii. M. Seeman arată că, în special, în formele mai grave de dislalie, ereditatea poate reprezenta un factor important [24].

Pe măsură ce devin mai abili în capacitatea lor de comunicare verbală, oamenii reușesc să exteriorizeze o paletă mai largă de emoții, de sentimente și, în același timp, să-și exprime nevoia firească de a le fi împărtășite. De la un anumit nivel de exprimare afectivă încolo, omul devine conștient că doar exprimând, propriile-i sentimente capătă noi valențe, se intensifică. În același timp, prin comunicare și, în special prin cea verbală, omul reușește să arate disponibilitate și înțelegere față de nevoile emoționale ale celorlalți [28].

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

Dezvoltarea conștiinței începe după Kohlberg odată cu vârsta de 6 ani (deși unii germeni se pot observa și mai înainte de aceasta vârstă) [20].

I.Racu subliniază rolul de bază al activității de comunicare în dezvoltarea conștiinței de sine.

Nevoia copilului de 6-7 ani de a comunica cu semenii devine stringentă, determinându-l pe acesta să devină mai empatic și mai sociabil [18].

Deși conștiința de sine se dezvoltă și la copilul cu tulburare de limbaj în aceeași măsură şi la aceeasi vârstă ca și la copilul tipic, aceasta este în măsură să aducă conștientizarea inclusiv a deficienței, fapt care va diminua considerabil impulsul comunicațional, sociabilitatea, empatia acestuia. O întârziere în evoluția sferei de comunicare (ca, de altfel, în oricare alta, motorie, a deprinderilor de autoservire, cognitivă, socială) poate conduce la apariția de frustrări care, la rândul lor, pot determina dezechilibre afective şi/sau tulburări comportamentale [2].

După profesor dr. E. Verza, fenomenul conștientizării dereglărilor verbale, odată instalat, devine sursă de stres, determinând la rândul său tulburări comportamentale și de personalitate ca de pildă: atitudini negativiste, lipsa inițiativei, slabă capacitate de integrare în colectiv, obrăznicie, nervozitate, sau dimpotrivă, atitudini rezervate, închidere în sine [26].

E. Verza, referindu-se la limbaj, subliniază faptul că, „reușitele sau eșecurile repetate își pun pecetea asupra trăirilor emoționale și dau o anumită coloratură vieții interioare determinând stabilizarea unor elemente și fragilizarea altora” [27, p. 369].

Tulburarea de limbaj reprezintă, ca orice altă deficienţă, un factor generator de stres. Stresul este generat, în principal, de consecințele pe care tulburarea de limbaj le angrenează. La copii, stresul este amplificat și de situația de dependență în care, datorită vârstei, se găsesc. Copiii nu reușesc din cauza tulburării de limbaj să se facă înțeleși de către apropiați (părinți, frați, cadre didactice), asupra nevoilor, dorințelor lor. În aceste conditii, copilul poate considera, ca nici atât nu s-ar putea face înțeles de către persoane străine, ajungând să nici nu își mai propună acest lucru. Acest fapt, poate avea o primă consecință: evitarea angajării în relaționarea cu grupul de covârstnici. În acest fel, reușește în scurt timp, să intre într-un cerc vicios: copilul nu interacționează, ceilalți încep să-l ocolească, copilul chiar dacă ar dori interacțiunea, la un moment dat nu mai reușește. O a doua consecință a faptului că nici nu mai încearcă să se facă înțeles, este aceea că neexprimând frustrările, acestea, mai ales la vârste fragede, nu dispar, nu se diminuează, ci din contra, se amplifică, putând să genereze tulburări psihice dintre cele mai grave. O a treia consecință o poate constitui faptul că neîncercând să se facă înțeles, copilul nu va avea șansa să învețe să identifice și să denumească propriile emoții/sentimente, cu atât mai puțin să le recunoască pe cele ale semenilor. A patra consecință este reprezentată de întoarcerea către punctul de plecare al acestui lanț cauzal producându-se, în fapt, închiderea lui. În absenta interacțiunilor, în condițiile în care copilul nu și-a dezvoltat vocabularul emoțional, limbajul însuși, nu are ocazia să se dezvolte la nivelul corespunzător vârstei [2].

E. Verza apreciază că, la copilul cu tulburare de limbaj, trăsăturile de personalitate au un nivel crescut de fragilitate şi instabilitate, fapt care implică riscul constituirii unei personalități fragile, lipsite de armonie, a unei personalități imature, dezadaptative [25].

Un copil care nu identifică emoţiile sale sau pe ale semenilor, riscă să devină, - utilizând termenul introdus de P. Sifneos (1972) - un adult „alexitimic” (grec. *a*-lipsă, *lexis*-cuvânt, *thymos*-emoţie, adică persoana care nu-şi găseşte cuvintele pentru a exprima o emoţie), pierzând practic, mare parte din ceea ar trebui să fie mai omenesc în el. Însă, pe măsură ce oamenii reușesc să se analizeze deschis și să își accepte propriile emoții, vor deveni din ce în ce mai iscusiți în această operațiune și vor reuși să le recunoască și să le

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

interpreteze din ce în ce mai bine și pe cele ale semenilor. Ceea ce de fapt, reprezintă baza empatiei [33, 11].

A. H. Maslow subliniază faptul că neutilizarea unor capacități sau o utilizare necorespunzătoare a acestora, amenință în mod direct actualizarea sinelui. În plus, în opinia aceluiași autor, experiența bolii, a deficienței, este percepută de către copil ca fiind amenințătoare, dincolo de limitările impuse de aceasta [14].

Cu cât tulburarea de limbaj este mai extinsă și/sau mai profundă, cu atât aceste perturbări vor fi și ele mai accentuate, îngreunând implicarea în relații și în activitate. Profesor dr. E. Verza semnalează faptul că: „Personalitatea copilului având tulburări de limbaj se poate dezorganiza pe fondul stării de inerție, de rigiditate și de fobie a vorbirii". Acest fapt conduce la o serie de întăriri sub forma unor asocieri rezistente și obsedante care agravează tulburările de limbaj deja existente [25, p. 102].

Pe măsura gravității tulburării de limbaj, a gradului de conștientizare a deficienței, a hipersensibilității, a poziției nefavorabile din partea anturajului, acești copii pot trăi adevărate drame. Aceste percepții dureroase ale propriei deficiențe stau la baza unui număr extrem de ridicat de tulburări de comportament în rândul acestor copii. Această realitate se prezintă și într-un studiu efectuat de către profesorul universitar dr. E. Verza asupra unor copii având tulburări de limbaj. Din cei 150 copii cu dislalie, 63 cu balbism, 32 cu tulburări de voce, investigaţi, s-a constatat prezența tulburărilor de comportament la 104 subiecți având dislalie, la 56 având balbism, la 14 având tulburări de voce. Lucrurile se prezintă și mai rău în cazul școlarilor mari, puberilor sau adolescenților, la care tulburările limbajului persistă încă. La aceștia se poate observa o exacerbare a tulburărilor de personalitate, devenind deprimați, necooperanți, negativiști, irascibili, complexați. Anxietatea care oricum este prezentă la aproape orice adolescent, este dublată de cea determinată de conștientizarea dureroasă a deficienței sale [24, p. 418].

A. Gherguț apreciază faptul că anxietatea reprezintă un factor inhibitor al manifestării potențialului creativ. Însă, din păcate, pot exista consecințe și mai dezastroase: insucces școlar, refuz sau chiar abandon școlar urmat de cele mai multe ori de conduite de risc, de vagabondaj, de conduite delincvente [9].

Într-un studiu realizat de J. Wright se arată faptul că în rândul copiilor cu tulburări de vorbire, 11.3% prezintă tulburări de comportament, 5,2% prezintă dificultăți de natură socială, 15,5% prezintă dificultăți de natură școlară [32, p. 18].

E. Losîi remarcă faptul că dezvoltarea psihică a copiilor este marcată de prezența bolii/deficienţei, astfel încât unii manifestă agresivitate, în timp ce alții, devin retrași, rezervați și temători în privința interacțiunilor cu semenii. În opinia autoarei, apar la copii modificări comportamentale induse de boală: egocentrism, restrângerea orizontului, capriciozitate, dependență, prezența unor afecte de tipul izbucnirilor, intoleranță la stres, agresivitate, anxietate, dispoziții depresive (neputință, lipsă de energie, scăderea capacității de concentrare, scăderea interesului, sentimentul lipsei propriei valori) [13, p. 41].

Aproape orice boală/maladie/deficienţă prezintă consecințe biologice, psihologice și sociale. Aceste consecințe creează un stres suplimentar asociat aproape întotdeauna suferinței principale. Stresul reprezintă un răspuns holistic la cererile și presiunile exercitate de mediu și față de care individul se percepe ca fiind excedat. Stresul asociat suferinței principale reprezintă o consecință a solicitării excesive și prelungite a resurselor de coping ale organismului (solicitare care depășește capacitatea organismului de a face față, de a se integra). În urma cercetărilor actuale din domeniul psihiatriei infantile, s-a stabilit faptul că circa 80-90% din totalitatea maladiilor se asociază cu stresul [31, p. 22].

Tulburarea de limbaj se asociază de cele mai multe ori cu stres care, la rândul său, determină o stare de excitație psihomotorie cvasi-permanentă. Practic, copilul se află aproape

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

tot timpul într-o stare de alertă, de încordare, de pândă, de expectație negativă cu consecințe, inclusiv asupra sănătății sale. Această stare poate fi, inclusiv, generatoare de conflicte. Copilul cu tulburare de limbaj, în general, nu interacționează, însă atunci când interactiunea se produce, de cele mai multe ori, aceasta capătă un aspect impulsiv, inadecvat. Cu siguranță că, această stare de expectație negativă, este și una mare consumatoare de energie, conducând la un surmenaj accentuat. Permanentizarea nesiguranței conduce la disconfort, la anxietate, la reacții nevrotice și urmări în plan somatic. Desigur că, în această stare de expectație negativă, percepțiile copilului sunt mult deformate, are loc o creștere a sugestibilității sale. Copilul realizează aprecieri incorecte ale situațiilor [2].

R. Lazarus constată faptul că orice nerealizare a unui scop, fie ea și minoră, este în măsură să producă frustrare care, la rândul său, determină fenomene de compensare. Acest efort de compensare sau de redresare, este mare consumator de energie (psihică - dacă procesul se desfășoară în plan conștient, fizică sau somatică – dacă procesul se desfășoară la nivel subconștient) [21, p. 18].

Surmenajul copilului și frecventele acuze somatice ale acestuia reprezintă o cauză a absenteismului, copilul devenind și mai neajutorat la întoarcerea în colectivitate. Va căpăta mai multe complexe de inferioritate (și pe baza deficitului cognitiv), se va cufunda și mai mult în izolare [2].

Izolarea, este dupa D. Goleman principala cauză de abandon școlar. Autorul remarcă faptul că doar cei singuri abandonează forma de invatamant în care se află, cei a căror timiditate, sau inadecvare îi face să se izoleze. Autorul arată faptul că rata renunțării la studii printre cei care se simt respinși este de până la opt ori mai mare decât a celor care au prieteni [11, p. 317].

A. Gherguţ atrage atenţia în privinta existenţei şi, mai ales, a persistenţei tulburărilor de limbaj, deoarece acestea sunt în masură a determina apariția de dezechilibre afectiv-emoționale: „anxietate, hipersensibilitate, timiditate exagerată, încăpățânare, negativism, opoziționism, impulsivitate, iritabilitate, agresivitate, egocentrism, lipsa de încredere în sine și în ceilalți, complexe de inferioritate, sentimente de devalorizare, adoptarea de poziții defensive,repliere către sine, izolare de lume” [10, p. 216].

A. Băban consideră că între 20 și 25% dintre copiii de vârstă școlară suferă de tulburări emoționale care pot îmbrăca diferite forme (reacții agresive, minciună, sfidarea regulilor, anxietate, depresie) [1, p. 41].

Seliman a adunat informații valoroase în urma unor studii de amploare efectuate pe un număr de 16000 de subiecți de vârste diferite. Autorul studiilor a ajuns la concluzia că, spre deosebire de copiii născuţi în prima treime a secolului XX, cei din prezent prezintă un risc de zece ori mai mare de a dezvolta o depresie. 9% dintre copiii cu vârste cuprinse între 9 și 14 ani dezvoltaseră deja o tulburare depresivă, ceea ce dovedește că depresia se instalează tot mai precoce [22].

Însă cea mai frecvent incriminată particularitate a copilului având tulburare de limbaj, rămâne timiditatea excesivă. Indicatorul cel mai evident al faptului că un copil este timid, îl reprezintă inapetența verbală a acestuia și faptul că are o sensibilitate extrem de crescută la critică. Copiii timizi sunt și cei mai plângăcioși, posaci și temători, chiar în condițiile unui stres minim [10].

Dupa E. Losîi timiditatea reprezintă o „realitate dureroasă” pentru copiii cu diferite deficiențe, fiind destul de răspândită și în rândul copiilor tipici. Ori în societățile în care comunicarea este esențială, a fi timid reprezintă un mare minus, deoarece timidul nu-și poate actualiza potențialitățile. Timiditatea, dincolo de caracterul său destabilizator, este un mare consumator de energie psihică, lăsând practic individul fără energia necesară situațiilor de învățare, de pildă [13, p. 41].

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

O copilărie marcată de timiditate reprezintă premisa pentru pierderea unor oportunități de integrare socială. Timiditatea predispune la izolare socială, iar aceasta poate conduce la un declin mintal și fizic. Pilkonis arată faptul că astfel de copii timizi, prezintă percepții negative despre ei înșiși și în relațiile cu ceilalti. Zimbardo consideră că aceștia nu trăiesc în prezent ci, „în capul lor", obsedați fiind de trecut și viitor. Eșecurile din trecut le deformează percepțiile actuale. Timidul se concentrează prea mult pe consecințele actelor/discursurilor lui, tensiune în măsură să-i afecteze performanțele și să-i reconfirme convingerile despre sine. Exagerările, gândurile iraționale, tensiunea permanentă și lipsa suportului social îi predispune pe timizi la boli psihice: paranoia, depresie, anxietate dar și la abuz de substanțe pe post de dezinhibitori [7, pp. 26-28].

Rezultatele unor studii (1995), demonstrează faptul că, deşi numai 15-20 % dintre copii se nasc timizi, dintr-un motiv sau altul, la vârsta adultă 50% dintre indivizi acționează ca atare. Cu alte cuvinte, timiditatea poate fi dobândită pe parcurs [7, p. 26].

N. Bucun şi A. Nosatîi (2011) constată o pregatire insuficientă pentru şcoală a copiilor cu tulburări de limbaj, niveluri de anxietate, agresivitate, conflictualitate şi frustrare mai ridicate, spre deosebire de covârstnicii cu limbaj dezvoltat normal [5].

Potrivit A. Gherguț, „la o persoană cu tulburare de limbaj, chiar în condițiile în care dispune de un nivel cultural avansat, se remarcă o oarecare reținere în a-și expune ideile" [10, p. 216].

Potrivit profesorului universitar Th. Harrell de la Stanford Business School, „singura variabilă semnificativă a comportamentului care poate prezice succesul în viață este fluența verbală", adică exact veriga slabă în cazul acestor copii [7, p. 27].

Profilul afectiv-emoţional al copilului cu tulburare de limbaj, desprins prin coroborarea aspectelor de mai sus, reprezintă o tentativă de a surprinde trăirea dramatică în care acesta se găsește. Dar, aceste consecinţe afective ale tulburarilor de limbaj depind, în mare măsură, de gravitatea și extinderea tulburării de limbaj, de gradul în care copilul a ajuns să-și conștientizeze deficiențele, de pragul sensibilității acestuia dar, mai ales, de suportul și înțelegerea de care beneficiază din partea familiei și a mediului în care-şi desfăşoară activitatea [2].

Dar, așa cum tulburările de limbaj influențează negativ planul afectiv al individului, comportamentul, viața socială, activitatea acestuia, întreaga structurare a personalității sale, tot așa, arată E. Verza, se pot obține și „progrese evidente odată cu ameliorarea tulburărilor de limbaj și, mai cu seamă, prin înlăturarea lor" [25, p. 104].

Pentru aceasta este necesar aportul unei logopedii actuale, al cărei scop nu se mărginește doar la corectarea și prevenirea tulburărilor de limbaj, ci după cum apreciază profesorul E. Verza, are în vedere educarea și restabilirea echilibrului psihofizic, formarea unei personalități integrative [26].

În concluzie, apariţia şi menţinerea consecinţelor afective ale tulburărilor de limbaj, imediate şi pe termen lung, depinde în mare măsură de profunzimea şi extinderea tulburărilor de limbaj, de gradul de conştientizare a deficienţei, de sensibilitatea copilului, de întelegerea din partea celor din jur şi, în special, de suportul de care beneficiază şi de promptitudinea acestuia. Aceste consecinţe afective ale tulburarilor de limbaj se diminuează odata cu îmbunătăţirea limbajului prin activitatea de corectare a limbajului, completată de intervenţie psihopedagogică.

BIBLIOGRAPHY

1. Băban A. (coord.). Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere. Cluj-Napoca: Imprimeria Ardealul, 2001. 287 p.

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

2. Bărbuceanu I. Dezechilibre afective apărute la copii pe fondul tulburării de limbaj. În: Revista CMBRAE nr. 1/ mai 2016, București. pp. 7 – 8. On-line web site: www.cmbrae.ro.
3. Bărbuceanu I. Importanța jocului în antrenarea disponibilităților de comunicare. În: Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor. Probleme actuale ale științelor umanistice, Volumul X, partea I, UPS „I. Creangă" Chișinău, 2011. pp. 218 – 226.
4. Birch A. Psihologia dezvoltării. București: Editura Tehnică, 2000. 311 p.
5. Bucun N., Nosatîi A. Acțiuni sociopsihopedagogice de influență în pregătirea psihologică pentru școală a copiilor cu tulburări de limbaj. În: Pledoarie pentru educație–cheia creativității și inovării. Materialele Conferinței Științifice Internaționale. Chișinău: Print Caro, 2011, pp. 75-81.
6. Burlea G., Burlea M. (edit.). Dicționar explicativ de logopedie. Iași: Editura POLIROM, 2011. 455 p.
7. Ciorbea I. D. Timiditatea - boală socială. În: Revista Psihologia nr. 5/1998. pp. 26-28.
8. Fraiberg S. H. Anii magici. Cum să înțelegem și să rezolvăm problemele copiilor. București: Editura Trei, 2009. 407 p.
9. Gherguț A. Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și inclusive în educație. Iași: Editura POLIROM, 2006. 256 p.
10. Gherguț A. Sinteze de psihopedagogie specială. Iași: Editura POLIROM, 2005. 424 p.
11. Goleman D. Inteligența emoțională. București: Editura Curtea Veche, 2008. 429 p.
12. Hayes N., Orrell S., Introducere în psihologie, București: Editura All Educațional S.A., 1997, 446 p.
13. Losîi E. Timiditatea ca modificare comportamentală indusă de boală. În: Revista de Studii Psihologice, nr.2. București: Universitatea Hyperion. pp. 40 – 48.
14. Maslow A. H. Motivație și personalitate. București: Editura Trei, 2007. 510 p.
15. Montessori M. Descoperirea copilului. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1977. 315 p.
16. Peters T. Autismul. Teorie și intervenție educațională. Iași: Editura POLIROM, 2009. 316 p.
17. Racu A., Racu S. Dicționar enciclopedic de psihopedagogie specială. Chișinău: Tipografia Centrală, 2013. 273 p.
18. Racu I. Dezvoltarea conștiinței de sine la vârstă școlară mică. În: Revista Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială, nr. 4/2014. Chișinău: U.P.S. „Ion Creangă". pp. 38 – 46.
19. Racu. A, Verza F., Racu S. Pedagogia specială. Chișinău: Tipografia Centrală, 2012. 316 p.
20. Rayner E., Joyce A. Psihodinamica dezvoltării umane. București: Editura Trei, 2012. 478 p.
21. Scorțan I. Stresul: factori interni. În: Revista Psihologia nr. 3/1994. pp. 18 -19.
22. Shapiro L. E. Inteligența emoțională a copiilor. Jocuri și recomandări pentru un EQ ridicat. Iași: Editura POLIROM, 2012. 389 p.
23. Șchiopu U. (coord.). Dicționar de psihologie. București: Editura Babel, 1997. 740 p.
24. Șchiopu U., Verza E. Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1997. 508 p.
25. Verza E. Psihopedagogie specială. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1998. 145 p.

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)

26. Verza E. Tratat de logopedie vol. I. București: Editura Fundației Humanitas, 2003. 393 p.
27. Verza E. Tratat de logopedie vol. II. București: Editura Semne, 2009. 381 p.
28. Verza F. E. Afectivitate și comunicare la copiii în dificultate. București: Editura Fundației Humanitas, 2004. 369 p.
29. Donaldson M. Children's minds. Glasgow: Fontana Press, 1986. 156 p.
30. Gardner H. Developmental Psychology, Boston, Toronto: Litle, Brown & Company, 1982. 672 p.
31. Pană M. The psychotherapies indicated to diminish the stress related illness in children. În: Romanian Journal of Child and Adolescent Psychiatry. Volume 6, nr. 3-4/ December 2012. pp. 22-27.
32. Pless I. B. The Epidemiology of Physical and Multiple Handicap. In: Stress and Disability in Childhood. The Longterm Problems. Colston Papers, Colston Research Society, Bristol: WRIGHT, 1984. pp. 9-20.
33. Sifneos P. E., Alexithymia: past and present. American Journal of Psychiatry, Volume 153, Issue 7, 1996. pp. 137 – 142.
34. https://www.ziaruldeiasi.ro/stiri/statistica-alarmanta
https://www.publica.md

BDD-A28309 © 2018 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:00:15 UTC)