

## Terapia logopedica del sordo

Per definire le modalità di recupero del soggetto portatore di un danno uditivo grave o profondo si usano diversi termini: educazione, rieducazione, coeducazione, riabilitazione, ecc.

A mio giudizio si può parlare di:

- *educazione* nel caso del bambino protesizzato precocemente, entro l'anno di vita (non oltre comunque il 16-18° mese) che non ha ancora subito chiare compromissioni sul piano del linguaggio e del comportamento e che comunque non presenta turbe neuro-psicologiche associate;
- *rieducazione* quando la diagnosi è stata posta tardivamente e il bambino non ha acquisito il linguaggio o lo ha strutturato parzialmente e presenta le caratteristiche gestuali e comportamentali che la rieducazione dovrà cercare di eliminare o modificare.

Il medesimo termine è valido pure nel caso del bambino con turbe associate alla sordità anche se diagnosticato precocemente poiché in questo caso è necessario aggiungere ai provvedimenti educativi tutta una serie di specifiche metodologie.

L'educazione e la rieducazione si avvalgono di altre discipline che interagiscono nel recupero del sordo e sono tutte indispensabili per un suo buon recupero; esse sono la rieducazione psicomotoria, la musicoterapia e la terapia con mezzi audiovisivi.

### I GENITORI

Le reazioni che i genitori manifestano di fronte alla sordità del figlio sono le più disparate poiché legate a diversi fattori quali: la personalità di ciascuno di loro, il tipo di rapporto instaurato dalla coppia, il livello culturale, l'ambiente in cui vivono, la nascita desiderata o meno del figlio, ecc.

Il compito del logopedista è quanto mai delicato; si tratta infatti d'instaurare un buon rapporto con i genitori, cercare di comprendere la causa delle loro reazioni, di appoggiarli, sostenerli, incoraggiarli e dimostrare di avere fiducia in loro.

È indispensabile che in questa opera di sostegno si focalizzino determinati aspetti: far accettare nel miglior modo possibile il bambino e la sua sordità; far comprendere che il

bambino sordo è un bambino normale, intelligente, che può essere recuperato totalmente o quasi, che il compito dei genitori è quello di collaborare costantemente a detto recupero. Il logopedista è e sarà sempre a loro disposizione finché necessario per cercare di risolvere i problemi che si dovessero presentare.

I colloqui tra genitori e terapeuta devono essere improntati a lealtà e fiducia reciproca.

A questo proposito è importante sottolineare come lo specialista del linguaggio, per svolgere bene il proprio lavoro sotto questo profilo, debba essere aiutato dallo psicologo, qualora si rendesse necessario, attraverso incontri (gruppi Balint) che hanno lo scopo di ottenere una supervisione del lavoro che svolge al fine di chiarire i meccanismi che possono essere alla base del comportamento errato dei genitori. Lo psicologo suggerisce la condotta da tenere affinché i genitori, e soprattutto la madre, possano prendere coscienza della propria dinamica e così superare determinate difficoltà.

Il problema dei genitori si fa assai più complesso quando il bambino sordo presenta turbe neurologiche o neuro-psicologiche associate alla sordità. Le reazioni e il comportamento dei genitori sono conseguenti al tipo di tali turbe: nei *disturbi motori* associati alla sordità spesso essi trascurano l'aspetto acustico della rieducazione e seguono maggiormente la rieducazione motoria pensando che il linguaggio maturi spontaneamente (in questi casi il logopedista deve far comprendere l'importanza di ambedue le terapie).

Nella *disfasia* è difficile che i genitori comprendano le caratteristiche di questo disturbo poiché la difficoltà sul versante della comprensione del linguaggio viene da loro confusa spesso con l'incapacità a sentire o con l'insufficienza mentale, cosa questa che li frustra ulteriormente. È necessario quindi che venga spiegato, con un linguaggio adeguato al loro livello culturale, ciò che il bambino presenta.

Per quanto riguarda l'*insufficienza mentale* associata alla sordità, il padre e la madre l'accettano con molta difficoltà poiché è una malattia che lede particolarmente l'autostima del genitore in quanto tale.

Nei casi in cui i genitori siano molto disorientati, è bene che vengano inviati allo psicologo eventualmente col bambino per una terapia adeguata.

## APPLICAZIONE DELLA PROTESI ACUSTICA

L'applicazione della protesi è un momento estremamente delicato che coinvolge bambino, logopedista e famiglia; senza protesi i risultati sono pressoché nulli e inutile è la sola protesizzazione senza l'educazione logopedica. L'applicazione delle chiocciole deve essere eseguita con delicatezza, senza provocare il minimo disturbo al bambino; il logopedista procede emettendo vocalizzazioni e fonemi ritmati per far giungere al bambino nuove sensazioni sonore piacevoli, tenendo la protesi vicino alla bocca e regolandone il volume.

Occorre che il bambino apprezzi questo atto e si renda conto che gli stimoli sonori che gli giungono sono gradevoli e possono eventualmente anche essere imitati.

Il logopedista dà ai genitori i seguenti consigli, accertandosi che vengano ben compresi: il bambino deve essere gradualmente *abituato all'uso della protesi* che inizialmente va portata alcune ore della giornata e in seguito, entro circa 15 giorni, continuamente; l'*amplificazione* deve essere aumentata gradatamente durante i primi giorni fino a ottenere la migliore risposta possibile al suono e alla parola; la *pila* deve essere sostituita al massimo ogni due giorni circa, anche se apparentemente non necessario.

Le *chioccioline* devono essere rifatte circa ogni 5-6 mesi, o più spesso se necessario, soprattutto se il bambino è piccolo e comunque sostituite quando non aderiscono perfettamente e provocano quindi un fischio molto fastidioso (effetto Larsen); sarebbe un grave errore abbassare il volume indicato alla sordità del bambino per evitare l'effetto Larsen.

La *protesi deve essere controllata* in sede qualificata ogni 2-3 mesi regolarmente e ogni qualvolta sorga un dubbio sulla sua buona funzionalità.

Tempo e pazienza occorrono per ottenere una sicura risposta al suono; ciò dipende da vari fattori quali a esempio il grado della sordità, il livello maturativo psico-motorio e intellettuale del bambino nonché la stimolazione sonora praticata dopo l'applicazione della protesi. Naturalmente, se dopo circa due mesi di stimolazione acustica, il bambino non dà ancora una risposta certa al suono o se, peggio ancora, rifiuta la protesi, è necessario ripetere tutto l'inquadramento audiologico poiché può essere stato commesso un errore diagnostico o di protesizzazione.

## EDUCAZIONE

Educare un bambino sordo vuol dire offrirgli i mezzi per far sì che maturi e sviluppi il suo linguaggio nel modo più simile alla norma. Significa quindi metterlo nelle condizioni di comunicare verbalmente secondo le modalità dell'udente, far scaturire in lui il linguaggio come necessità fisiologica inserita nel contesto del suo sviluppo globale.

### Dalla nascita a 2 anni

Applicata la protesi acustica, l'attenzione è rivolta principalmente alla famiglia che deve essere educata sotto il profilo psicologico, informativo e tecnico: si spiega a grandi linee ai componenti del nucleo familiare come il bambino udente sviluppi il proprio linguaggio, come la protesi acustica porti il messaggio sonoro e verbale che, anche se limitato e diverso da quello che percepisce un orecchio sano, mette il soggetto in comunicazione col mondo circostante; si cerca di far comprendere l'importanza della stimolazione sonora specificandone la qualità e l'intensità.

Con l'inizio dell'educazione precoce deve essere accentuato quanto avviene normalmente nel *rapporto madre-figlio*: la madre manipola il bambino, ha con lui un dialogo tonico; lo prende in braccio, lo dondola, lo fa ballare cantando e stringendoselo al petto; gli fa giungere la sua voce attraverso tutto il corpo. Inventava poi giochi sempre nuovi che possono procedere senza soluzione di continuità: la mamma lancia il bambino in aria dicendo «oplà!». Lo riafferra e chiede al piccolo: «ancora?» attendendo per alcuni istanti un segno di approvazione da lui. Se il bambino cammina carponi, la mamma si mette a terra con lui, si nasconde, fa «cucù», lo chiama più volte, riappare; lo aiuta poi a esplorare l'ambiente, a misurare e conoscere lo spazio; svolge quell'attività di tipo psico-motorio definita dai francesi «*prelanguage*».

Tali giochi hanno lo scopo di allenare acusticamente e di permettere la maturazione del versante recettivo del linguaggio. La madre deve sapere che lo scopo di tale attività non è solo uno scambio affettivo-emotivo ma che il continuo rivolgersi al bambino parlando, vezzeggiandolo con tono interrogativo o esclamativo, fa sì che il piccolo comprenda e impari a distinguere le varie inflessioni e le sfumature della voce. Oltre a questo è indispensabile poi

stimolare acusticamente il bambino per fargli prendere coscienza del mondo dei suoni. Il piccolo sordo deve essere abituato «all'ascolto». È bene che già all'inizio della terapia, impari a cogliere la differenza fra suono-silenzio, scopra che cosa significhi «mettersi in ascolto» e impari a gustare tutte le caratteristiche proprie del suono, della musica che sono alla base del linguaggio (consultare il paragrafo della musicoterapia).

La *stimolazione sonora* (allenamento acustico), deve quindi essere intensa, ma ovviamente non ossessiva; essa consiste nel far ascoltare strumenti vari, quali: tamburo, campane, xilofono, fischiotti, tromba, richiami di uccelli, ecc. usati prima di fronte e ben presto al di fuori del campo visivo del bambino. Generalmente al tamburo rispondono quasi tutti poiché esso trasmette vibrazioni che vengono percepite da tutto il corpo.

Per questa ragione, accertata la costante risposta a esso, questo strumento lo si può tralasciare o comunque usare raramente dando la preferenza agli altri.

A ogni risposta positiva manifestata alla percezione del suono, il bambino deve essere gratificato adeguatamente.

È necessario insistere più volte nella giornata tenendo presente che le risposte giungeranno sempre prima e migliori, quanto più il soggetto sarà stimolato.

Naturalmente il sordo grave senza turbe associate risponderà meglio del sordo profondo, il quale necessiterà di una stimolazione più selezionata. È indispensabile poi far ascoltare suoni d'ogni genere e musica trasmessa alla radio, alla televisione e da nastri o dischi.

L'*educazione acustica* si deve estendere al di fuori delle mura domestiche: i genitori e gli altri componenti della famiglia devono infatti condurre il bambino a contatto con tutti i rumori possibili della strada, della campagna, della stazione ferroviaria, ecc.

È bene segnalare la fonte dei suoni in modo che questi vengano distinti e imitati dal bambino. La madre deve cercare di far concentrare l'attenzione acustica e ripetere ella stessa i rumori e i suoni di ambiente quali il rombo dei motori degli aerei, delle automobili, il fischio del treno, i versi degli animali, ecc.

La stimolazione acustica è indispensabile alla maturazione della comprensione che rappresenta l'aspetto più importante della comunicazione verbale.

Il bambino udente, dalla nascita per oltre due anni, sviluppa la comprensione molto di più dell'espressione poiché questa richiede una attività motoria che implica una maturazione neurologica che evolve progressivamente col passare dei primi anni di vita.

Nel sordo vengono compromessi entrambi i versanti, sia la comprensione che l'espressione del linguaggio, quindi i genitori devono tener presente costantemente quanto segue:

- utilizzare un linguaggio normale adatto al piccolo, ma senza alterazione alcuna del contesto sintattico; si raccomanda peraltro alla madre di partecipare alla gioia del suo bambino, di enfatizzare lo stato emotivo;
- porre al bambino domande alle quali inizialmente dovranno rispondere essi stessi onde favorire la conversazione e la sua comprensione;
- improntare fin dall'inizio una sorta di conversazione col bambino in modo che, col tempo, si abitui a rispondere in maniera adeguata alle domande prima semplici e dopo complesse;
- ogni discorso, ogni osservazione, ogni domanda deve essere sempre il frutto di un'esperienza vissuta che va fatta verbalizzare al bambino.

Dall'educazione acustica scaturisce la prima fase della evoluzione del linguaggio, e cioè l'emissione di suoni vocalici e consonantici (lallazione).

La *lallazione* appare in periodi diversi, in rapporto all'età, al grado della sordità, alla stimolazione ricevuta, alla maturazione motoria e psico-intellettuale, ecc., essa quindi può evidenziarsi dopo pochi mesi dall'applicazione della protesi come anche dopo sei o più mesi (ciò dipende dalla presenza o meno di turbe neuro-psicologiche associate).

Contemporaneamente all'allenamento acustico la madre deve fissare particolarmente l'attenzione del bambino sui suoni onomatopeici e a tale scopo le si raccomanda, soprattutto se il bambino è sordo profondo, di ripetere più volte i suoni facendosi ben guardare le labbra e ponendosi la manina del piccolo sulla laringe in modo da fargli percepire le vibrazioni.

Deve disporre a questo punto di giocattoli consistenti in tutti gli animali e di oggetti che si presentino all'associazione con un suono onomatopeico per poterli presentare al bambino sotto forma di gioco.

Anche in questa fase deve entrare in azione tutta la fantasia materna: la madre nasconde i giocattoli e chiede al piccolo: «Dov'è bubù? Oh! Non c'è più! Dove sarà andato?». Lo tira fuori improvvisamente e dice: «Eccolo! È bubù». Lo fa saltare, correre. Deve escogitare tutti i trucchi possibili per far divertire il bambino sottoponendogli animali e oggetti diversi.

Col passare del tempo il piccolo inizia a riconoscere gli oggetti tanto che, quando la madre li nomina volge lo sguardo verso di essi o addirittura li afferra. A questo punto la madre chiede: «Mi dai mao? Dammi mao!...». Appena il bambino lo consegna o lo butta a terra, la mamma deve mostrare gioia, abbracciare il bambino, baciarlo onde stimolarlo a ripetere la bravura. La gioia materna non dovrà essere forzata, ma sgorgare spontanea, frutto di una soddisfazione.

Si può rinforzare lo stimolo presentando poi cartoncini raffiguranti animali, treno, palla, ecc.; l'accoppiamento oggetto-figura è un gioco percettivo gradito ai bambini.

Quando tutti i suoni onomatopeici sono riconosciuti, generalmente il piccolo li denomina spontaneamente o su richiesta. A questo proposito il materiale può essere molto vario e ricco.

Procedendo nell'educazione, durante la lezione la mamma *si nasconde il viso e*, ad alta voce, pronuncia i suoni onomatopeici; se il piccolo li percepisce e li distingue, spesso li ripete, dando dimostrazione di ben utilizzare la protesi. Qualora non li ripetesse si pongono gli animali sparsi di fronte a lui e si fanno consegnare uno a uno usando soltanto il comando verbale col viso coperto.

Con questo tipo di esercizio-gioco s'inizia la vera educazione sonora verbale che continuerà per anni. Essa ha lo scopo di: a) acuire la sensibilità uditiva; b) portare il bambino a distinguere parole e fonemi; c) comprendere le frasi e cogliere le inflessioni, le interrogazioni e le esclamazioni riproducendone timbro, melodia e ritmo (il soggetto sordo pratica questo esercizio fino alla soglia dell'inserimento in scuola elementare e oltre).

La stimolazione praticata in questo modo dagli 8-10 mesi fino ai 20/22 mesi, porta il soggetto a utilizzare le prime parole quali: mamma, papà, versi di animali e altre espressioni come: «petta» per dire aspetta, «ao» per dire ciao; «bata», «piu», «amo» per dire andiamo e così via. Naturalmente nell'uso di queste espressioni ogni bambino ha un proprio tempo di latenza e una propria modalità legata a molti fattori fra i quali quelli d'ordine maturativo.

## Da 2 a 3 anni

Il sordo protesizzato ed educato precocemente a 2-3 anni emette spontaneamente le prime parole, risponde sempre al suo nome, lo pronuncia anche se imperfettamente e ogni giorno arricchisce il suo vocabolario di qualche nuovo suono significativo.

Il logopedista deve sfruttare questo momento così favorevole per intensificare la conversazione sulla vita quotidiana del bambino e sulla vita della famiglia.

Se esiste la possibilità, fa scattare dai familiari numerose *fotografie* che riproducano il piccolo in tutti i momenti della giornata, da quando si alza a quando va a letto la sera e ne fa preparare un album. Il terapeuta e la mamma lo osservano insieme al bambino e iniziano la conversazione ponendo varie domande «Chi è? Cosa fa? Dov'è? Con che cosa?».

Generalmente il bambino collega la fotografia al ricordo del momento in cui è stata scattata e all'azione compiuta, quindi segue con curiosità e risponde con piacere.

Da queste fotografie si trae spunto per la denominazione di vocaboli, verbi e aggettivi e per praticare l'allenamento acustico con l'esercizio della *bocca schermata*.

Gli ambienti della casa e la famiglia saranno oggetto di osservazione e di dialogo: si fotografano in tutte le azioni che compiono, la mamma e il papà, separatamente e assieme si procede come detto traendo ogni spunto per arricchire il lessico; allo stesso scopo si utilizzano oggetti in miniatura. Se in casa si tiene un animale (cane, gatto, ecc.) si approfitta per scattare fotografie nelle varie situazioni e per conversare su di esse.

Gli spunti per interessare il bambino e per farlo parlare sono molti; quando il piccolo esce con i genitori e ciò deve avvenire frequentemente, è bene che sia fatto un certo programma: visitare a esempio una fattoria e quindi osservare la famiglia degli animali: passeggiare per i campi e soffermarsi a guardare l'erba, i fiori, gli insetti e i prodotti della campagna.

Altri programmi possono essere fatti rimanendo in città: condurre il bambino al supermercato, nei vari negozi e fargli osservare i generi in vendita, andare all'aperto, alla stazione ferroviaria, al parco, al porto, ecc.

È opportuno, in tutte queste situazioni, comportarsi come è già stato detto; essenziale è che il bambino impari a osservare, a chiedere, a dire.

Tutte queste esperienze devono essere accompagnate da spiegazioni date dai genitori in modo estremamente elementare e adatto all'età.

È importante tener presente che un vocabolo pronunciato una volta o una sola spiegazione data non s'imprimono nella memoria del sordo. È indispensabile ripetere più volte lo stesso messaggio e farlo esporre anche dal bambino.

### La lettura

La lettura è la capacità di «tradurre degli stimoli visivi grafici nei loro equivalenti fonetici» (Benton, 1968); essa coinvolge percezione, orientamento spazio-temporale, concentrazione attentiva e comprende un aspetto meccanico articolatorio, uno morfologico-sintattico e uno semantico.

Il bambino è in grado d'iniziare a imparare a leggere fin dai 2-3 anni di vita.

Nel sordo l'insegnamento della lettura ha lo scopo di: a) puntualizzare la chiarezza dell'articolazione; b) arricchire il vocabolario; c) maturare il livello della comprensione del linguaggio parlato; d) favorire l'esposizione orale e scritta; e) porre le basi per una buona cultura.

La lettura per molti bambini è un apprendimento facile che praticano volentieri, mentre per altri presenta difficoltà di vario genere. Molti di questi ultimi, in rapporto alla gravità del disturbo (ogni caso sarà adeguatamente valutato) rientrano nel gruppo dei dislessici o dei «cattivi lettori», e inizieranno la lettura stessa più tardivamente (4-5 anni).

L'insegnamento della lettura nel sordo necessita di una *preparazione di base, percettiva, visiva, acustico-tattile*. Tale preparazione trova la sua realizzazione attraverso i seguenti esercizi che, come sempre, vanno presentati al bambino in modo divertente: riconoscere una fonte sonora fra due o tre molto differenti fra loro; selezionare percettivamente (non importa che li denominino) i colori di base; riconoscere col tatto (stereognosia) forme semplici e oggetti inseriti in un sacchetto di tela (3-4 per volta), praticare esercizi di metalinguistica sulla parola e sulla frase. In un bambino di questa età tali esercizi devono essere semplici e praticati prima dalla madre e dal logopedista perché il piccolo possa comprenderli.

Praticati per 2-3 mesi gli esercizi suaccennati, s'inizia la lettura vera e propria (vedi cap. dislessia). Si presentano al bambino delle letterine corsive in legno, alte circa 4 cm e spesse circa 3 mm: *a o u e i* in doppia coppia, *p pa po pu pe pi*, e così con tutte le consonanti.

Per la *c* si presentano:

*c a o u ch e ch i, ca co cu che chi*

e si presenterà il fonema anche unito alla vocale.

Le consonanti vengono dipinte in blu e le vocali in rosso.

L'apprendimento della lettura procede lentamente secondo le fasi seguenti che vanno rispettate rigorosamente:

1. Si presentano al bambino le cinque vocali, si fanno manipolare, si sistemano in fila davanti a lui e lo si invita a ripeterle e a indicarle.
2. Si richiedono dicendo: dammi «a», dammi «o» (e non dammi *la* «a»).
3. Quando il bambino dà tutte le vocali senza incertezze, si passa a farle leggere.
4. Indi vengono composti i dittonghi: *io ai oi ei uè iu*.

Nella composizione di dittonghi va associato anche il significato; quando il bambino ha composto «io» il logopedista indicando se stesso dice a esempio: «io mangio la cioccolata!» Fa in questo modo più esempi associati anche con gli altri dittonghi.

Quando il bambino ha imparato le vocali e i dittonghi, si scrivono, su cartoncini bianchi, alti 2 cm circa, con pennarello rosso e *glieli si fanno leggere*.

I tempi di acquisizione della lettura variano da soggetto a soggetto e pertanto richiedono pazienza e costanza.

L'apprendimento delle consonanti segue pur esso rigorosamente lo schema appresso indicato; riconoscimento di:

*p/a/pa p/o/po p/u/pu p/e/pe p/i/pi*

Il bambino consegna i suoni separatamente secondo la richiesta.

Quando distingue *p* da *a* e da *pa* e li legge, si passa a un'altra vocale. Se si presentassero difficoltà, può essere utile inserire *p/a/pa* in un sacchetto di tela e farle riconoscere con il solo tatto.

Quando il bambino legge senza alcuna incertezza vocali, dittonghi e *pa po pu pe pi*, vengono fatte comporre le parole sottoelencate con lo schema seguente:

*a o u e i*  
*pa po pu pe pi*  
*pio ai pai pia pipa poi oi*  
*pupi pappia ape pupo pupa ecc.*

È necessario accentuare foneticamente la distinzione fra *pia* e *pipa*, fra *pai* e *ai* e così via. Composte facilmente le parole suelencate si scrivono su cartoncini bianchi in blu e rosso *pa po pu pe pi* con le relative parole; è importante procedere lentamente e far leggere analiticamente in modo che il bambino non confonda *pia* con *pipa*, *pai* con *papi*, ecc.

Si può passare a un altro fonema quale *t* o *m* procedendo nello stesso modo e avendo l'avvertenza di non introdurre mai due nuovi fonemi assieme.

Ogni parola nuova deve contenere il fonema introdotto per ultimo e solo quelli che il bambino ha letto precedentemente.

Per esempio, supponendo che siano stati insegnati: *pa*, *ta*, *ma*, il soggetto è in grado di leggere analiticamente solo le seguenti parole in quest'ordine:

*papà pepe pio pia pupa*  
*pupo pappa pipa pupe pupi pipe*  
*tala tuta tua tetto tito*  
*topo tappo tappeto piatto patata*  
*mao mamma mio mia amo (per pescare) uomo*  
*pomo pomata matita piuma piume moto*

Solo quando tutte le sillabe dell'alfabeto sono state assimilate e quando il bambino legge le relative parole, s'inizia, sempre con le letterine di legno, la composizione di quelle complesse.

Vengono fatte comporre e quindi distinguere fra loro:

*cia cio ciu ce ci*  
*ca co cu che chi*

Il terapeuta non solo fa combinare *cia* al bambino, ma egli stesso scrive con le letterine e glielie fa leggere, toglie la *i* e fa nuovamente leggere. Chiede di comporre *ca*, di farlo diventare *cia* e viceversa, fa notare la differenza fonetica fra *che* e *ce*, *chi* e *ci*.

Solo quando la lettura è ben acquisita, si passa ai cartoncini col fonema e con le parole scritte. Si procede quindi con:

*glia glio gliu glie gli*  
*gia gio giu ge gi*  
*gna gno gnu gne gni*  
*scia scio sciu sce sci*

Il fonema *r* appare nel linguaggio dell'udente piuttosto tardi; nella lettura del bambino sordo verrà introdotto quando comincerà a essere articolato o comunque il soggetto si renderà conto dell'esistenza di questo fonema e lo sostituirà con un altro affine.

Un sordo senza turbe associate impara a leggere tutti i fonemi in circa 2 anni.

### *Comprensione della lettura*

Frequentemente il bambino è gratificato molto dalla sua capacità di leggere anche se meccanicamente. Tuttavia lo sforzo dell'apprendimento della lettura poco varrebbe se a essa non venisse attribuito il relativo significato. La comprensione della lettura è uno dei mezzi per la maturazione intellettiva del bambino: essa migliora il contenuto e lo stile del linguaggio, fornisce al lessico una più adeguata proprietà e dà la possibilità al sordo di studiare da solo.

Il lavoro per la comprensione della lettura può essere iniziato da quando il bambino è in grado di leggere le parole con 2-3 fonemi (per es.: p t m): si preparano le figure relative alle prime parole con la p e s'incollano sui cartoncini, indi se ne pongono sul tavolo 3-4 per volta, si fa leggere più volte la scritta di una parola e la si fa accoppiare alla figura.

Quando il bambino ha acquisito l'abbinamento di una decina di parole, si fanno leggere da sole e si pongono alcune domande: per es.: pappà, «È buona?» «Chi fa la pappà?».

Si procede così a gruppi di 10 per volta, con le parole contenenti i vari fonemi.

Si passa quindi alla lettura di frasi che comprendono le varie parole (scritte sempre in blu e rosso). Dette frasi, contenenti solo fonemi noti, devono rappresentare azioni familiari al bambino, es.:

Il pupo ha la palla  
la mamma fa la pappà

Letta la frase, il bambino la memorizza e la ripete, indi gli si chiede: «Che cosa ha il pupo?» «Chi ha la palla?». Se il bambino risponde senza leggere il cartoncino significa che ha compreso quanto letto. Se invece il piccolo non comprende, il logopedista può rappresentare il significato con un disegno.

Se il bambino ha raggiunto i 4/5 anni di età e ha un adeguato livello grafico, dopo aver letto la frase, può fare lui stesso il disegno corrispondente a ciò che ha letto.

Le frasi presentate al bambino devono essere numerose. È importante inserire lentamente, ma continuamente, i fonemi che vengono acquisiti nella lettura. Si presentano quindi ordini scritti semplici e complessi.

La maturazione della comprensione della lettura dà inoltre l'opportunità di affrontare argomenti inerenti non solo la vita strettamente familiare, ma anche tutte le esperienze che il bambino vive fuori di casa con i suoi genitori; a tal fine può essere utile un libretto di lettura fatto dalla madre. Quando la lettura in corsivo non presenta più alcuna difficoltà si passa a quella in stampatello minuscolo: dietro ai cartoncini sui quali si trovano i fonemi in carattere corsivo, vengono scritti gli stessi in stampatello minuscolo in colore blu.

In un secondo tempo si passa alle parole; questo passaggio è semplice e generalmente non presenta alcuna difficoltà, anzi il bambino stesso, dopo aver acquisito la lettura dei primi fonemi ama leggere su di un libro.

È necessario comunque segnalare che la comprensione di un piccolo racconto presenta notevoli difficoltà e per superarle è necessario eseguire numerosi esercizi specifici che aiutano anche la strutturazione del pensiero scritto.

In questa fase, linguaggio e comprensione della lettura s'innestano nella terapia come lavoro di insieme, indispensabile al proseguimento dell'opera di recupero.

Qualora il tempo a disposizione prima dell'inserimento in scuola elementare fosse poco, è meglio presentare per la lettura il carattere stampatello minuscolo o maiuscolo in rapporto a ciò che verrà utilizzato in prima elementare. Il metodo è il medesimo.

### **Da 3 a 5 anni**

Il mondo delle conoscenze del sordo, nonostante l'intervento terapeutico precoce, è sempre limitato; per questa ragione è opportuno continuare un'intensa e costante stimolazione.

L'elencazione di argomenti che segue può sembrare forse inutile e tediosa, ma l'esperienza insegna che il bambino, pur imparando spontaneamente un buon numero di parole,

non riesce ad arricchire in modo soddisfacente il proprio vocabolario se non concentra la sua attenzione sull'osservazione di tutto ciò che lo circonda. È importante tener presente che il bambino tende sempre a memorizzare meccanicamente le domande e le risposte piuttosto che cercare di comprendere il significato delle richieste e sforzarsi di dare una sua risposta logica: pertanto è importante una costante verifica dell'avvenuta interiorizzazione. È necessario quindi che, a esempio, quando è fuori casa, gli vengano fatti osservare i negozi, il lavoro delle persone, la variabilità del tempo, il traffico della strada, ecc. Bisogna fare in modo che il bambino sia in grado di sostenere una conversazione su ciò che vede, osserva e gli interessa, in modo che la comprensione sia seguita dalla verbalizzazione.

Gli argomenti utili allo scopo sono: *classificazioni e associazioni*; a esse seguono le stagioni e gli aspetti della natura; i negozi; i mestieri; i cibi; «di che cosa è fatto?»; i contrari; le qualità delle cose; i verbi; l'utilità degli animali; il calendario; la storia della sua vita; le abitudini dell'uomo; ecc.

Le *classificazioni* facilitano l'apprendimento di numerosi concetti che evocano a loro volta collegamenti e relazioni.

È necessario invitare la mamma a procurarsi un gran numero di oggetti-gioco, suddividerli in sacchetti con l'aiuto del bambino: la frutta viene separata dalla verdura, gli abiti della bambola dai mezzi di trasporto e così via. Viene dato il nome alle classificazioni e quando il bambino lo ha imparato si mescolano i vari oggetti e si procede come segue:

1. Riconoscimento e denominazione.
2. Ordini semplici (es.: metti il piatto sopra il tavolo), per passare, con l'avanzare dell'età a quelli doppi, (es.: taglia la mela con il coltello e apri il mobile).
3. Classificazione di oggetti secondo la classe, l'uso e le caratteristiche, ecc.

Le classificazioni sfociano poi, in richieste di questo genere: dammi un frutto, un animale, una persona, un mezzo di trasporto, ecc. Successivamente: dammi un animale che vola, che cammina, un animale grande, un frutto dolce, un frutto aspro; dammi una persona giovane, una vecchia, dammene una seduta, una in piedi, ecc. Proseguendo poi: dammi una cosa che si mangia, una che non si mangia, una cosa che serve per mangiare, dammi un cibo che si mangia solo cotto, uno che si mangia solo crudo, uno che si può mangiare cotto e crudo.

Dopo questa fase il logopedista passa alla verbalizzazione e chiede al bambino: che cos'è?, per che cosa serve?, come si usa?, chi lo usa?, ecc. Tutto ciò è importante per l'arricchimento del lessico, per la strutturazione della frase, perché il bambino impari a utilizzare e trasmettere il proprio patrimonio cognitivo. Per l'esercizio delle «associazioni» si procede in questo modo: si mescolano gli oggetti e si spargono sul tavolo di fronte al bambino e si fanno compiere tutte le associazioni possibili secondo l'uso, la forma, il colore, ecc. Queste associazioni consentono d'impostare delle conversazioni attraverso tante domande stimolanti la capacità logico-critica e lo spirito di osservazione.

Sia le classificazioni che le associazioni possono essere praticate in un secondo tempo anche con figure.

In una fase ancora più avanzata lo stesso esercizio potrà essere praticato con i soli nomi scritti su cartoncini: es.

cane	postino	insalata
leopardo	facchino	zucchine
pesce	infermiere	pomodori

sui quali si potrà conversare liberamente e potrà essere praticata ogni tipo di associazione.

Anche lo studio delle *stagioni* ha lo scopo di far prendere ulteriore conoscenza al bambino di ciò che lo circonda oltre ad arricchire il vocabolario.

Come sempre è indispensabile far verificare dal vero gli aspetti del tempo, i mutamenti della natura, le attività dell'uomo o del bambino nelle varie stagioni, la vita degli animali in rapporto al clima e ai vari periodi dell'anno. Si preparano quindi albums molto illustrati in modo che il bambino possa conversare su di essi ritrovando ciò che in natura ha già veduto. Sono molto utili le fotografie.

Le stagioni rappresentate con figure vengono in genere suddivise nei seguenti aspetti: il tempo, la natura, cosa fa il contadino, cosa fanno i bambini, gli adulti e gli animali, le varie feste che s'incontrano nella stagione, la frutta, la verdura, il vestiario, gli sports.

Si approfitta a esempio del lavoro del contadino in autunno, per illustrare la vendemmia e il processo di trasformazione dell'uva in vino; ciò vale anche per l'estate in cui si può raffigurare la raccolta del frumento e la trasformazione di esso in farina e in pane, pasta, ecc. Tutte le illustrazioni in genere interessano al bambino, se ha avuto l'opportunità di osservarle dal vero e di fare rapporti, differenze e associazioni.

Anche sulle stagioni si possono scrivere frasi su cartoncini, sempre separati dalle illustrazioni, che, una volta lette, possono dare lo spunto per la conversazione.

È interessante inserire poi in questa fase educativa: l'utilità degli animali, gli sports, i pericoli, la trasformazione che l'uomo ha praticato nella natura, ecc.

Il programma continua con *l'argomento dei negozi*: si inizia con quelli del luogo dove vive il bambino, per poi passare ad altri conversando sulle loro caratteristiche, sulla merce e sulle azioni che il negoziante e l'acquirente compiono.

È utile preparare miniaturizzati piccoli pacchetti della merce e insegnare i verbi: aprire, chiudere, pesare, incartare, pagare, ecc., e i vocaboli inerenti. Tutti gli esercizi già descritti sono utili anche per questo argomento e per l'apprendimento dei mestieri e delle professioni, s'inizia dai più comuni quali: il muratore, il fabbro, il falegname, il calzolaio, ecc., e da quelli svolti dai familiari.

Il padre conduce il figlio in un cantiere e fa osservare come si costruisce una casa, il materiale utilizzato e le azioni che compie il muratore. Si preparano poi le figure relative (o le foto, se possibile) e tutti i singoli cartoncini scritti, per meglio puntualizzare le parole nuove. Il bambino deve studiare dopo per evitare di dimenticare.

La *conversazione* deve trovare sempre la sua realizzazione in tante domande costantemente variate nell'ordine e nella presentazione.

Nelle conoscenze del sordo deve rientrare anche la denominazione dei cibi, delle parti in cui si può dividere un pasto (antipasto, primo piatto, ecc.). Dispense e libri di cucina che si trovano in commercio servono a preparare gli album relativi.

Ciò vale anche per le materie con le quali sono costituiti i vari oggetti e la loro provenienza: esse rappresentano un argomento capace di rievocare molti concetti già acquisiti e di stimolare associazioni logiche.

Attraverso *l'osservazione* del legno, del ferro, del vetro, ecc., emergono spontaneamente le differenti qualità fisiche quali il volume, il peso, ecc.

Gli argomenti proseguono con la presentazione dei *contrari*. (L'ordine degli argomenti viene deciso dal logopedista). La legge dei contrasti conduce al ragionamento logico e alla comprensione delle caratteristiche delle cose; al sordo occorre presentare molti oggetti e figure con qualità contrastanti, lui stesso farà la ricerca delle cose grandi e piccole, pesanti e

leggere, ecc. Quando egli risponde bene alla domanda: «Com'è?», si può chiedere: «Qual è il contrario di...?», ecc.

Poiché gli aggettivi danno colore al linguaggio e completano l'espressione del pensiero, è necessario insegnare che un oggetto può avere più qualità: si può presentare un frutto in diversi stati e spiegare così il significato di: acerbo, maturo, dolce, marcio, secco, colorato, aspro, ecc.

Affinché il bambino possa assimilare un maggior numero di attributi è utile far osservare le caratteristiche dei vari oggetti che usa manipolare o che comunque incontra nella vita quotidiana. Perché possa ricordarli è bene presentare più figure possibili rappresentanti le varie qualità di uno stesso oggetto con la scritta. Si procede con la conversazione che si svolge con diverse domande.

Per es. sulla mela (vera naturalmente): acerba, matura, marcia, tagliata, ecc. Si può domandare: «Com'è la mela? È buona acerba? Ti piace acerba o matura? Quando è marcia si può mangiare? Perché non si mangia? Con che cosa tagli la mela? È intera o a fette?». Il bambino in questo modo oltre a maturare la comprensione, struttura la frase valorizzando l'uso del verbo. Il gioco dell'oggetto nascosto piace molto ai bambini: il bambino prende un oggetto, non visto dal terapeuta e lo nasconde dietro la schiena; il logopedista pone tante domande finché indovina l'oggetto: È frutta? È verdura? È un cibo? Di che colore è? Come si mangia? (se è un cibo). Si compra dal...? Ecc. Indi s'invertono i ruoli.

Il *verbo* è la parte essenziale di una frase. I concetti di ciò che noi desideriamo comunicare agli altri vengono soprattutto espressi con il verbo che è la chiave della dinamica di un discorso.

Il bambino sordo impara a utilizzarlo attraverso tutti gli esercizi praticati con gli oggetti e con le illustrazioni; la conversazione favorita continuamente dalla madre e dal terapeuta serve a fissare l'acquisizione delle varie azioni e le variazioni che essa subisce in rapporto al tempo e alle persone. Ciò nonostante è necessario praticare esercizi specifici per meglio farne assimilare l'uso.

Si preparano figure o fotografie che rappresentino più persone che compiono un'azione, sul retro delle stesse si pone una figura che rappresenti una sola persona che svolge la medesima azione (3a plurale, 3a singolare): al bambino si domanda: «Cosa fa?» «Cosa fanno?» «E tu?» in modo che possa rispondere senza l'ausilio della figura: io...

Tutti i verbi incontrati devono essere utilizzati perché il bambino li acquisisca e perché apprenda la differenza fra ora o adesso, prima o poco tempo fa, dopo o dopodomani. Allo scopo si possono utilizzare bambolotti o animali. Per esempio, per il verbo bere si prendono 3 bamboline, una delle quali compie l'azione; il logopedista dice: «La pupa beve» e posa la bambola sulla sinistra, prende la seconda e chiede: «Cosa fa?»; indi indica la precedente: «E questa cosa ha fatto?»; indica infine la terza e dice: «E questa, cosa farà dopo?».

Eseguito questo esercizio più volte, lo si ripete con due o tre bamboline per volta, onde presentare il plurale dei tre tempi.

L'apprendimento dell'uso dei vari modi e tempi, dipende da molti fattori: l'età d'inizio della terapia, il livello culturale dell'ambiente nel quale vive il bambino, il suo grado di intelligenza, il desiderio che ha egli stesso di apprendere, l'amore che manifesta per la lettura, ecc.

Un soggetto sordo che ha iniziato a 7-8 mesi d'età la terapia educativa, provvisto di una buona intelligenza e che vive in un buon ambiente, verso i 5-6 anni d'età, ama leggere, vuole comprendere tutto ciò che legge, cerca d'intuire il significato, acquisisce numerosi verbi nei vari modi e tempi secondo la modalità propria degli udenti.

Se l'educazione non si è svolta adeguatamente è improbabile che il bambino senta il desiderio di comprendere e apprendere attraverso la lettura, per cui l'uso del verbo facilmente rimane legato ai tempi principali del modo indicativo.

L'argomento utilità degli animali può divenire la naturale continuità di altri, quali, «di che cosa è fatto», «gli aspetti della natura» oppure le «classificazioni». Il logopedista comunque lo inserirà nella fase dell'educazione che riterrà più opportuna; può riprendere le classificazioni e nella voce animali domestici, inserire l'utilità di ciascuno illustrando: la famiglia, la casa, l'alimentazione, i prodotti che dà all'uomo.

Si preparano quindi illustrazioni che daranno lo spunto per la conversazione, o meglio si condurrà se possibile il bambino in campagna dove potrà vedere, per esempio, la famiglia dei bovini, la stalla, la mungitura, la panna e magari la fabbricazione del burro e del formaggio, ecc., oppure al giardino zoologico a vedere gli animali da pelliccia, ecc. All'argomento degli animali è strettamente collegato quello degli indumenti che può essere suddiviso secondo il tipo di tessuto o le stagioni: nomi, aggettivi, verbi, inerenti alla vita degli animali verranno così acquisiti.

Crescendo, il bambino impara il senso del trascorrere del tempo e delle stagioni che si susseguono ed è quindi importante puntualizzare: le stagioni, i mesi, i giorni della settimana, il primo e l'ultimo giorno dell'anno, il significato di vigilia, di ieri, di domani.

Per questi ultimi concetti è bene sfruttare un calendario da cucina dove i giorni di ogni mese siano ben visibili e scritti chiaramente uno sotto l'altro. A lato del calendario si fa scorrere un cartoncino con scritto ieri, oggi, domani; questi tre nomi devono corrispondere a tre giorni del calendario. Il bambino si rende conto che se oggi corrisponde a lunedì, ieri corrisponde a domenica e domani a martedì.

Lo stesso lavoro si può eseguire con le quattro stagioni fissando un cerchio di cartone su di un altro più grande in modo che scorrano uno sull'altro. Lungo il bordo del disco più piccolo si scrive:

prima – ora – dopo

Queste tre parole devono corrispondere a tre delle quattro stagioni che vengono rappresentate sul disco maggiore con il nome ed un disegno corrispondente significativo; è facile per il bambino comprendere che se la stagione del momento è quella invernale, prima era autunno e dopo verrà la primavera.

Per far acquisire l'orientamento nel tempo è utile sfruttare gli avvenimenti importanti della vita del bambino e della famiglia; la storia della sua vita fissa ulteriormente nella mente il concetto dell'evoluzione del tempo.

La madre ricerca tutte le fotografie inerenti il bambino, dalla gravidanza ai primi mesi, al primo compleanno, al momento attuale.

L'evolversi del tempo e la trasformazione subita dal bambino gli fanno comprendere come l'uomo cresca col passare degli anni e come acquisisca lentamente una sua indipendenza legata alla sua stessa evoluzione e alla modificazione provocata nell'ambiente stesso.

Al bambino piace guardare quel bebé nella culla e riconoscersi, sfogliare più volte l'album dove si vede traballante ai primi passi e si rivede col grembiolino del primo giorno d'asilo.

Il *concetto temporale* si fa così posto nella sua mente e nasce la curiosità di vedere com'erano mamma, papà ed i nonni da giovani.

Il bambino nel constatare la parabola ascendente della vita sua e dei suoi familiari, riesce a captare il concetto di evoluzione storica indubbiamente difficile da comprendere anche per gli udenti.

Questo concetto può essere ripreso parlando delle abitudini dell'uomo e degli animali. La trasformazione che la casa ha subito dalla caverna al grattacielo, sono per il fanciullo una ulteriore chiarificazione del concetto di evoluzione e di modificazione attuata dall'uomo sulla natura. Analogamente si presentano i vari tipi di case che l'uomo usa nelle diverse parti del mondo. Con la casa dell'uomo viene necessariamente affrontato il problema del clima che varia da latitudine a latitudine e quello delle razze umane e dei costumi.

Tali argomenti ovviamente vanno presentati se il bambino è interessato e ha raggiunto un certo grado di maturazione.

Le case degli animali sono motivo d'interesse e di curiosità per ciascun soggetto che spesso vuole ricercare e verificare particolari e differenze di ciascuna.

Nel capitolo in cui sono presenti gli strumenti educativi e didattici, vengono descritti l'utilizzo e le finalità del materiale che, rispettando la maturazione mentale, divengono aiuto prezioso a quanto detto finora.

### La scrittura

Il bambino sordo deve essere avviato alla scrittura possibilmente dopo un'adeguata preparazione pregrafica praticata dall'insegnante della Scuola materna o meglio dallo specialista di psicomotricità.

Generalmente a 5 anni circa può iniziare la scrittura che segue le fasi della lettura: vocali, dittonghi, consonanti, ecc.

Acquisita la sillaba viene praticato il dettato delle parole contenenti la sillaba stessa, facendo ben distinguere le parole che possono essere confuse quali, per es.: tua e tuta, pia e pipa. Ogni consonante va assimilata bene, prima di passare alla successiva.

Unitamente al dettato s'inizia l'autodettato: si presentano cioè figure note al bambino contenenti il fonema imparato graficamente e se ne fa scrivere il nome. Successivamente, in base a figure riproducenti azioni, il bambino scriverà frasi.

È indispensabile naturalmente far distinguere i fonemi omologhi quali *pa* e *ba*, *ca* e *ga*, *fa* e *va*, *cia* e *gia*, a esempio, accentuando il distacco delle labbra per il suono *pa* e smorzandolo per il suono *ba*.

Naturalmente il dettato va praticato di fronte al bambino in modo che egli stesso possa sfruttare vista e udito contemporaneamente.

Per poter far acquisire la *struttura sintattica della frase scritta* si utilizzano tutti gli esercizi praticati per la struttura del pensiero orale. Per far comprendere al bambino quali sono gli elementi indispensabili perché un discorso abbia un senso compiuto (per es.: il cane prato, non vuol dire nulla; il cane corre sul prato, ha un significato) si potrà procedere secondo le seguenti modalità. (Fig. 18.1)

1. Si presentano scritti su cartoncini un certo numero di soggetti e si fanno ricercare al bambino i verbi adatti ponendogli la domanda: «Cosa fa?» «Cosa fanno?» Per ciascun soggetto il bambino può trovare più verbi adatti e scriverli.
2. Lo stesso esercizio può essere presentato dando al bambino le azioni e facendogli ricercare i soggetti chiedendo: «Chi dorme?» «Chi abbaia?», ecc.
3. Quando il bambino ha imparato a formare facilmente l'unione appropriata del soggetto col verbo, si presentano i vecchi album con le qualità delle cose e i contrari e nelle stesse frasi composte da soggetto e verbo, si fanno introdurre gli attributi.

Per esempio, nella frase il «cane abbaia» il logopedista chiede: «Come può essere il cane?» Il bambino ritrova gli aggettivi più idonei appresi e li introduce nella frase.

4. Scritto dal bambino il pensiero composto da soggetto, aggettivo, verbo, si cominciano a porre le varie domande dei complementi che possono essere collegati al verbo: «Che cosa?» «Dove?» «A chi?», ecc. Per ciascun complemento si ricercano tutte le situazioni possibili e si fanno scrivere al bambino, a esempio:

Carlo dà (che cosa?)

la mela  
il libro  
l'osso  
la moneta  
il cappello

Carlo dà la mela (a chi?)

al compagno  
alla mamma  
all'amico, ecc.

Molti esercizi per la strutturazione della frase e del periodo si ritrovano nei libri che trattano la grammatica funzionale e nelle varie schede didattiche in commercio ovunque.

Negli sforzi continui di rinnovamento e approfondimento si è sperimentata l'associazione del colore alle varie parti del discorso e si sono ottenuti risultati più che soddisfacenti. Tale modalità è stata chiamata «frase-colore».

Vengono preparati dei cartoncini bianchi delle dimensioni di circa 10 cm di lunghezza per 8 cm di altezza; nella parte inferiore del cartoncino, su 3 cm di altezza, viene applicata una striscia di carta colorata mentre, nella parte superiore rimasta bianca, si scrivono le domande riguardanti le varie parti del discorso. A ogni complemento corrisponde un colore ben preciso.

A pagina seguente l'elenco delle domande con i colori corrispondenti.

Il giallo è soggetto, il rosso è usato come complemento oggetto; il verbo è blu ed è riferito sia ai verbi delle tre coniugazioni che agli ausiliari. È necessario sottolineare come l'uso dei colori deve essere permesso con una certa elasticità; per esempio, il celeste che corrisponde alle domande «da chi?» «da che cosa?» può essere utilizzato non solo quale complemento d'agente ma anche come complemento di luogo perciò nella frase «io vado dalla nonna», il bambino può mettere: giallo, blu, celeste; oppure giallo, blu, rosa. L'essenziale è che si ponga correttamente le domande e ancora più, durante la composizione della frase, risponda con le giuste preposizioni (non s'intende, con questo sistema, insegnare l'analisi logica).

Altro esempio: Carlo torna da Roma

giallo      blu      celeste o rosa

Lo scopo della frase-colore è quello d'insegnare al bambino a strutturare esattamente la frase attraverso una serie di domande che impara a porsi lui stesso.

Ogni logopedista può usare e rielaborare come meglio crede quanto viene qui esposto purché non perda di vista la finalità per cui è stata creata la frase-colore. Il bambino può venire abituato all'uso del colore nei seguenti modi.

chi? che cosa? (soggetto)	è - ha - hanno - sono - cosa faccio? - cosa fanno? - cosa fa? (verbo)	chi? che cosa? (compl. oggetto)
giallo	blu	rosso
come? (attrib. oggett. avverb.) quanto? quanti?	con chi? con che cosa?	da chi? da che cosa?
verde scuro	nero	celeste
a chi? a che cosa?	di chi? di che cosa?	quando? (compl. di tempo)
marrone	viola	grigio
dove (compl. moto da luogo - per luogo - a luogo, ecc.)	congiunzioni (poiché, perché, e, non, quando, affinché, ecc.)	per chi? per che cosa?
rosa	bianco	arancione
quanto? quanti?		
verde chiaro		

Fig. 18.1 Le domande abbinate ai colori.

1. Si preparano 3-4 cartoncini per colore e si pongono, a mazzetti, in fila, di fronte. Occorre del tempo prima che il bambino impari ad associare il colore alla domanda, per cui all'inizio si rende necessario l'aiuto del logopedista. Si presentano figure contenenti azioni: il bambino descrive ciò che vede con i colori, guidato dal terapeuta che pone le varie domande

e prende il colore relativo. Composta la frase, il bambino la ripete indicando colore per colore, prima ponendosi ancora le domande e dopo senza domande.

2. Si presenta al bambino un cartoncino, per esempio quello rosa che corrisponde alla domanda «dove» e si dice: consideriamo il verbo mangiare «dove si mangia?» (il bambino deve ricordare tutti i luoghi dove si può compiere questa azione). Si passa a un altro colore, per esempio il nero e si chiede: «con chi si può mangiare?». E così via. Questo esercizio contribuisce ulteriormente a far associare il colore alla domanda.
3. Si pone sul tavolo il colore giallo (soggetto). Si associa il nome relativo e si fa continuare la frase al bambino; quando si ferma, il logopedista aggiunge un «perché» o un'altra congiunzione per far allungare il pensiero.
4. Il logopedista compone mentalmente una frase sistemando i colori e propone al bambino di comporne un'altra pensata da lui utilizzando gli stessi colori e lo stesso ordine.

La fantasia e la molteplicità di idee di cui deve essere dotato un bravo logopedista, fanno sì che questi colori siano usati in modi diversi, ma sempre utili allo scopo per cui sono stati creati: la strutturazione della frase orale e scritta.

È anche possibile, per esempio, far sottolineare con il colore appropriato, le varie parti delle frasi di un racconto letto sul libro; usare gli stessi per comporre riassunti e temi.

La conoscenza del codice-colore e il suo buon uso stimolano la scoperta di esercizi sempre nuovi. Molti esercizi per la strutturazione della frase e del periodo si ritrovano nei libri che trattano la grammatica funzionale e nelle varie schede didattiche in commercio dovunque; tutti possono essere attuati con l'uso del codice-colore.

#### CONTROLLO PERIODICO

Il bambino sordo protesizzato precocemente, durante gli anni di educazione, in genere, procede costantemente pur presentando periodi d'evoluzione più lenta imputabili, in gran parte, a sintomi di stanchezza manifestati ora dalla mamma ora dal bambino. A volte possono però verificarsi periodi più o meno lunghi di stasi e pertanto si rende indispensabile praticare, a intervalli regolari, un bilancio periodico approfondito della situazione globale del bambino. Ciò si rende ancor più urgente quando l'arresto si verifica nel caso di un soggetto rieducato tardivamente o con turbe associate.

L'équipe del Centro valuta tutti i fattori che possono essere intervenuti come causa inibente l'evoluzione: cattivo funzionamento della protesi, peggioramento della soglia uditiva, mancata collaborazione dei genitori, stanchezza del bambino, fattori psicologici, elementi nuovi d'ordine neurologico, lacune del programma sfuggite al logopedista o allo psico-motricista, ecc. Dopo l'esame della situazione viene deciso in quale settore deve essere intrapresa l'indagine per poter prendere di conseguenza i provvedimenti del caso.

Trascurare il controllo periodico, anche se il bambino sembra procedere bene, è in ogni modo rischioso e può portare a un recupero insoddisfacente.

## RIEDUCAZIONE

Per rieducazione logopedica si intende la terapia applicata a soggetti sordi nei quali i provvedimenti sono stati presi tardivamente, oppure a sordi con turbe associate poiché in questi ultimi la riabilitazione si avvale di tecniche particolari.

Mentre l'educazione stimola la comunicazione spontanea nel bambino come fatto naturale, la rieducazione «imposta» il linguaggio dal fonema alla parola, alla frase.

### **Intervento tardivo**

La diagnosi posta tardivamente nel bambino nato sordo grave o profondo, o divenuto tale prima dell'acquisizione del linguaggio, provoca gravi conseguenze che rendono il recupero difficile e spesso limitato.

Le conseguenze più evidenti sono:

- linguaggio carente o limitato;
- impaccio motorio a livello degli organi fonatori conseguente al mancato utilizzo degli stessi;
- timbro vocale alterato;
- disturbi gnosici;
- disturbi comportamentali.

Il mancato uso appropriato degli organi fonatori provoca l'impossibilità a compiere in modo armonico i movimenti articolatori: *l'espressione è spesso legata, monotona, poco chiara*. In questi bambini si nota anche una accentuata carenza della capacità di memorizzare poiché il linguaggio non è frutto di un'imprescindibile necessità comunicativa verbale che segue le fasi fisiologiche, ma viene acquisito come una lingua straniera; il bambino deve «studiare» ogni vocabolo nuovo, ricordarlo e interiorizzarlo lentamente. Per questo motivo il suo linguaggio è povero, legato a situazioni concrete, privo o carente di concetti astratti.

I *disturbi gnosici* sono quasi sempre presenti: il bambino non riesce a distinguere i fonemi fra loro, ha difficoltà di comprensione, non è in grado di sostenere una pur semplice conversazione.

Il bambino sordo diagnosticato tardivamente spesso presenta disturbi comportamentali che, se lievi, possono risolversi con la protesizzazione e la terapia rieducativa; se rilevanti richiedono l'intervento dello psicologo.

La rieducazione contempla: *l'allenamento acustico; esercizi bucco-linguali, di soffio e respirazione, vibrazione labiale e scoppio; impostazione dei fonemi* (vedi cap. apposito), presentazione di figure e oggetti contenenti solo i fonemi impostati; argomenti per la stimolazione globale presentati con oggetti e album illustrati (vedi cap. dell'educazione); preparazione didattica. La rieducazione segue le fasi dell'educazione ma molto più lentamente e con l'apporto della tecnica; è d'obbligo l'impostazione di tutti i fonemi e lo studio accurato di tutti i vocaboli.

In ogni caso il versante della *comprensione del linguaggio* va particolarmente curato evitando il condizionamento: il bambino infatti è portato a rispondere meccanicamente, poiché cerca di ricordare il tipo di risposta da dare a quella determinata domanda piuttosto che comprenderne il significato.

Quando si evidenzia una difficoltà al riconoscimento degli oggetti, alla comprensione di una richiesta (il che accade molto spesso) è indispensabile aggiungere agli esercizi precedenti quelli riguardanti l'analisi del suono, la discriminazione di forme e colori, gli esercizi per l'attenzione, la composizione con blocchi logici e fiches riprodotte a memoria, le associazioni e le classificazioni.

Se l'intervento tardivo si attua in un soggetto sordo con turbe associate, la terapia rieducativa richiederà più tempo, una maggior capacità del terapeuta e una ancora più oculata collaborazione della famiglia. I risultati che possono essere conseguiti in questi casi sono ben dissimili da quelli che si ottengono col sordo diagnosticato precocemente; sono comunque strettamente legati al tempo intercorso tra l'evento lesivo e i provvedimenti presi, al grado delle turbe conseguenti al tardivo intervento e alle eventuali turbe associate.

### *Turbe associate*

Alla sordità si possono associare alterazioni del SNC o di altri organi o apparati (soprattutto gli organi fonatori e l'occhio), o funzionali (termine inteso secondo la scuola americana di Bruner), tutte interferenti nella terapia rieducativa.

La causa di tali alterazioni può coincidere con quella della sordità oppure essere secondaria al danno uditivo o riconoscere una genesi completamente diversa.

In assenza di lesioni organiche si parla di turbe funzionali; esse si evidenziano con uno stato di nevrosi, psicosi o comunque con una alterazione comportamentale del soggetto. Esiste anche l'evenienza nella quale possono coesistere lesioni organiche e turbe funzionali.

Le turbe associate possono essere chiaramente manifeste, oppure possono appartenere a quella fascia di patologia sfumata di grado medio o lieve difficile da evidenziarsi, particolarmente al momento della diagnosi. In questo caso infatti le turbe associate sono spesso mascherate dalla sordità stessa e quindi evidenziabili solo dopo un periodo più o meno lungo di osservazione e di rieducazione.

Per poter valutare correttamente, in funzione del recupero, un bambino affetto da sordità con turbe associate, è indispensabile tener presente i seguenti fattori:

- tipo e grado della sordità;
- tipo ed entità delle turbe associate;
- età nella quale si sono manifestate la sordità e le turbe stesse;
- epoca della diagnosi;
- grado d'intelligenza e di sviluppo psico-motorio;
- caratteristiche dell'ambiente familiare;
- tipi e modalità d'intervento attuati fino al momento della diagnosi definitiva.

### **Lesioni motorie**

La sintomatologia varia in rapporto alla sede e alla gravità delle lesioni; queste, oltre all'apparato uditivo possono compromettere il sistema piramidale e extrapiramidale (vedi cap. 7).

Il grado di sordità può essere medio-grave, grave e profondo con particolare interessamento delle frequenze acute. La protesizzazione è condizionata dalla possibilità di reggere il capo, dalla modalità di deambulazione, ecc.

Qualora il bambino non sia in grado di reggere il capo e di camminare, è opportuno applicare una protesi a scatola anche se la sordità è medio-grave, regolandola adeguatamente. La protesi a scatola è da preferirsi per la sua robustezza e perché evita l'effetto Larsen.

Naturalmente il grado di amplificazione della protesi e il suo migliore sfruttamento vengono attuati nella maniera più adeguata solo dopo i primi mesi di terapia, quando il logopedista si rende chiaramente conto dell'uso che ne fa il bambino.

In questi casi la terapia motoria deve essere praticata fin dai primissimi mesi di vita così come la protesizzazione e l'allenamento acustico.

La rieducazione del linguaggio deve iniziare anch'essa precocemente tenendo conto della gravità delle turbe motorie e della capacità di attenzione del bambino.

La rieducazione richiede anni di paziente lavoro da parte della famiglia e del logopedista che deve stare sempre in contatto con il fisioterapista, col neurologo e con l'audiologo per poter svolgere il più correttamente possibile il suo compito; vengono praticati tutti gli esercizi descritti nell'educazione per il sordo, ai quali si aggiunge però una specifica terapia bucco-linguo-facciale che trova la sua realizzazione nei seguenti esercizi: esercizi bucco-linguali, esercizi per le prassie bucco-facciali, massaggi velari, vibrazioni labiali, respirazione diaframmatica, soffio e scoppio, esercizi preparatori per i vari fonemi, impostazione dei fonemi, presentazione di oggetti e figure la cui denominazione contenga il fonema impostato.

Il lavoro più difficile, che richiede grande impegno e capacità da parte del logopedista è quello dell'impostazione dei fonemi. Il bambino nello sforzo di pronunciare bene un suono può acquisire atteggiamenti motori contratti dannosi; è importante quindi lavorare sistemando il bambino nella postura più rilassata possibile.

Il bambino sordo lesio motoricamente deve trovare posizioni di compenso per poter articolare determinati suoni e in questo deve essere aiutato impostando adeguatamente i fonemi. La comprensione invece è potenzialmente buona, anche se limitata dal deficit acustico, ma ciononostante è utile stimolarla con esercizi adeguati, basati sul riconoscimento di oggetti e con la conversazione sui vari argomenti.

Particolare cura necessita in questo soggetto l'avviamento alla grafia poiché la maturazione motoria della mano richiede esercizi particolari che vengono praticati dal fisioterapista e dallo psicomotricista.

Il bambino sordo spastico in rapporto al grado delle turbe motorie, con la dovuta preparazione può riuscire a scrivere e a seguire il programma scolastico anche se con alcune limitazioni. Vi sono comunque casi nei quali gli arti superiori sono talmente compromessi da non consentire mai questa possibilità; tuttavia con la terapia motoria praticata sempre più precocemente essi divengono col passar del tempo più rari.

## **Disfasia**

La disfasia associata alla sordità appartiene spesso alla fascia di patologia sfumata e difficile da inquadrarsi. Essa è conseguente ad alterazioni cerebrali difficilmente evidenziabili alle indagini cliniche e comporta spesso la compromissione di tutti i versanti del linguaggio: recezione, espressione, lettura e scrittura.

Il quadro clinico si caratterizza per:

sordità di vario grado; EEG a volte con presenza di anomalie, a volte nella norma; disprassia o aprassia bucco-linguale; respirazione scoordinata; lateralizzazione non ben definita; schema corporeo non acquisito; orientamento spazio-temporale compromesso; risposta al suono discontinua o assente anche a livelli di soglia; labilità attentiva; comprensione verbale assente; memorizzazione scarsa; riproduzione di strutture ritmiche impossibile; motricità manuale alterata; sfera affettiva turbata, a volte tendenza all'isolamento.

Fra tutti gli aspetti quello della funzionalità uditiva è il più difficile da quantificare: le prove audiometriche infatti vanno praticate con diverse metodiche e devono essere numerose per

poter trarre un risultato il più sicuro possibile; il condizionamento spesso è difficile perché a volte il bambino sembra completamente indifferente al suono anche a intensità elevate (100-120 dB).

Per poter avere una più sicura indicazione nell'espletamento dell'indagine diagnostica è opportuno fare un confronto fra soggetto sordo medio e sordo medio disfasico: il primo presenta un suo particolare linguaggio alterato, limitato, pluridislalico, spesso poco comprensibile. Osserva molto le labbra di chi gli parla, è attento, intuitivo, desideroso di comprendere e di apprendere; non presenta gravi disturbi prassici bucco-linguali, risponde ai suoni di una determinata intensità e ne discrimina il significato dopo ripetute stimolazioni.

Il bambino sordo medio disfasico ha una marcata difficoltà ad articolare, non ha strutturato alcun linguaggio, pronuncia alcuni suoni, è in grado di ripetere parole semplici ma non comprende assolutamente ciò che gli si dice; inoltre risponde agli stimoli sonori in modo dubbio. Tra il sordo grave e profondo e il sordo grave e profondo disfasico non esiste una sostanziale differenza di reazione ai suoni poiché ambedue rispondono a essi con marcata difficoltà. La differenza si nota nelle caratteristiche comportamentali dei due soggetti: il primo utilizza il gesto o comunque è attento e desideroso d'intuire ciò che gli astanti gli richiedono; il secondo invece è poco interessato al mondo circostante.

L'elemento diagnostico determinante è comunque sempre l'osservazione attenta e prolungata del soggetto. L'applicazione della protesi è difficile poiché occorre osservare la reazione del bambino al suono; spesso è necessario fornire un'amplificazione maggiore di quella che la curva audiometrica richiederebbe, per ottenere una risposta positiva.

Qualora il bambino presentasse rifiuto o comunque evidenziasse reazioni di intolleranza, il problema diagnostico va ripreso.

La rieducazione del sordo disfasico stimola intensamente il versante della comprensione del linguaggio con esercizi che investono tutta l'attività percettiva quali: selezione di forme e colori, stereognosia, riconoscimento della fonte sonora, riproduzione di successioni di suoni e ritmi, riconoscimento di oggetti, comprensione di ordini semplici, conversazione intensa (vedi paragrafo educazione e cap. 10).

È importante sottolineare che questo soggetto apprende molto lentamente: in certi casi occorrono mesi per far riconoscere e denominare un numero esiguo di oggetti e di azioni. Il logopedista deve escogitare esercizi sempre nuovi per far progredire il bambino e perché questi inserisca i nuovi vocaboli imparati nel linguaggio spontaneo. È essenziale iniziare il più presto possibile la lettura poiché essa facilita la maturazione della comprensione: qualora si presentassero difficoltà è bene praticare gli esercizi che si usano per i disturbi di apprendimento.

Poiché i tempi delle fasi rieducative sono maggiori di quelli del soggetto affetto da sola sordità, particolare importanza assume il rapporto logopedista-famiglia.

## **Disprassia e disartria<sup>1</sup>**

La disprassia è un disturbo che investe la funzione motoria meno grave della aprassia (Liepmann). Nel caso del soggetto sordo disprassico l'attenzione va rivolta all'aspetto motorio riguardante il linguaggio.

<sup>1</sup> S'intende parlare di disprassia e disartria quali disturbi specifici dell'articolazione del linguaggio, in assenza di gravi lesioni motorie che compromettono la motilità dell'individuo.

La disartria consiste nella diminuzione e/o alterazione dei movimenti complessi e finalizzati alla espressione fonoarticolatoria causate da lesione organica e da uno o più motoneuroni centrali (piramidali, extrapiramidali, cerebellari). Definizione di O. Schindler.

Il sordo disprassico e il disartrico sono quindi impossibilitati ad articolare correttamente i fonemi: il primo per «l'incapacità di utilizzare il movimento per l'azione intenzionale» mancandogli la nozione necessaria per compierlo; il secondo per lesioni periferiche che impediscono la corretta articolazione (lesioni al primo neurone motore, ai nuclei bulbari, ecc.).

Nel corso della rieducazione, mentre non si presentano generalmente lacune particolari nella comprensione del linguaggio, si incontrano invece notevoli difficoltà per ottenere una esatta impostazione dei fonemi. La disprassia e la disartria spesso si evidenziano dopo un certo periodo dall'inizio della rieducazione poiché il bambino ritarda a denominare e a utilizzare il linguaggio spontaneo; ben spesso l'espressione è poco comprensibile, monotona, priva d'inflessioni e di ritmo per la presenza anche di disturbi psico-motori (disorientamento nello spazio, impaccio motori o ecc.). Il terapista, a ciò che è già stato detto per il soggetto sordo, deve aggiungere particolari esercizi che facilitino la chiarezza articolatoria del linguaggio quali: prassie bucco-linguo-facciali; articolazione dei fonemi impostata con il vibratore; gioco articolatorio; ritmo associato a fonemi combinati; molta analisi del suono ed esercizi di allenamento acustico.

L'allenamento acustico, con il riconoscimento di parole e frasi senza l'ausilio della lettura labiale, aiuta il bambino a correggere l'articolazione attraverso la discriminazione delle differenze fonetiche. In questi soggetti la rieducazione psicomotoria è di particolare aiuto e va quindi praticata, per un certo periodo di tempo, intensamente come la logopedia; essa è utile anche ai fini della maturazione del segno grafico.

## **Agnosia**

«Agnosia è l'incapacità di riconoscere oggetti, persone e il proprio corpo mediante la vista, il tatto o l'udito senza che esistano disturbi delle sensazioni elementari» (H. Hécaen, R. Angelergues).

L'agnosia è una forma molto difficile da diagnosticare, soprattutto se associata alla sordità e forse per questo motivo di rara incidenza nella pratica corrente.

La rieducazione si avvale soprattutto della stimolazione che porta il soggetto a riconoscere, col tatto, con la vista e, se possibile con l'udito, forme, colori, strumenti, oggetti.

Il bambino può acquisire una *buona lettura del linguaggio* con la quale supplisce in parte ai suoi deficit. Il risultato rieducativo è comunque strettamente conseguente al grado d'intelligenza del soggetto.

## **Insufficienza mentale**

Nel soggetto sordo e insufficiente mentale il divario tra età cronologica e mentale è marcato e crea problemi di recupero a volte insormontabili.

L'indagine diagnostica audiologica è spesso difficile da espletarsi poiché l'aspetto neuropsichico può allontanare il sospetto di una sordità e sviare il medico da un corretto inquadramento clinico. D'altra parte, per poter stabilire l'esatto grado del deficit acustico si richiedono diversi

esami, molta perizia da parte dell'esaminatore e una attrezzatura completa che dia la possibilità di praticare gli esami audiometrici con diverse metodiche fra le quali investe una notevole importanza l'audiometria obiettiva.

Spesso questi soggetti presentano, durante gli esami di audiometria comportamentale, una lunga latenza fra stimolo e risposta di difficile interpretazione.

L'abitudine a portare la protesi richiede un tempo a volte molto lungo durante il quale il logopedista la applica a intervalli durante la giornata per un periodo di tempo limitato e osserva le reazioni del bambino.

La rieducazione deve tener conto di numerosi fattori quali il grado della sordità e dell'insufficienza mentale e quindi la capacità di comprensione, la capacità logico-critica e quella astrattiva e si propone di utilizzare proficuamente il potenziale intellettuale che il soggetto possiede. Le fasi rieducative comprendono i seguenti esercizi: allenamento acustico, manipolazione col pongo finalizzata, associazioni, selezioni, classificazioni, stereognosia, comprensione causa-effetto, vari esercizi di prassie linguo-bucco-facciali.

Poiché questo soggetto spesso presenta disturbi comportamentali quali ansietà, aggressività fino a nevrosi e psicosi, è importante far comprendere bene il problema ai genitori i quali spesso pretendono più di quanto il bambino possa dare. È necessario che la famiglia comprenda le limitazioni del proprio figlio, lo accetti con la sua menomazione aiutandolo in tutti i modi, mostri fiducia nelle sue seppur limitate capacità e prenda coscienza del ruolo che le spetta.

Per quanto riguarda la preparazione didattica, non si può seguire una regola generale, ma è necessario valutare singolarmente i casi: purtroppo non tutti riescono a leggere e a scrivere. Quando il terapeuta si accorge che l'acquisizione della lettura e della scrittura presenta difficoltà insuperabili, è meglio che soprasseda onde evitare inutili frustrazioni al bambino e ai genitori.

### **Labiopalatoschisi e insufficienza velare**

Associate alla sordità, possono esistere lesioni organiche interessanti gli organi preposti alla fonazione. Sono questi i casi di malformazioni congenite bucco-linguofacciali, tra le quali la labiopalatoschisi e l'insufficienza velare sono le forme più facilmente riscontrabili nella pratica corrente.

Questi soggetti presentano una voce prettamente nasale, dovuta a un'eccessiva fuoriuscita di aria dalla cavità rinofaringea; l'articolazione dei fonemi è completamente compromessa, tranne che nei tre fonemi nasali della lingua italiana (na, ma gna).

Questi disturbi recano gravi difficoltà alla rieducazione, e richiedono, per essere superati, capacità ed esperienza da parte del logopedista (vedi *L'insufficienza velo-faringea* di Mazzola e De Filippis, 1995).

La rieducazione del sordo con labiopalatoschisi o con insufficienza velare, rispetta le fasi rieducative già descritte in precedenza per il sordo; a essa vanno aggiunti i seguenti esercizi atti a far superare le difficoltà dovute alla rinolalia aperta: esercizi bucco-linguali: respirazione diaframmatica; soffio buccale, vibrazione labiale; vocalizzazioni prolungate e a scatto con tono di petto; esercizi preparatori per i vari fonemi (vedi impostazione fonemi), massaggi al palato molle (vedi cap. 5).

In questi casi l'appoggio della famiglia è più che mai indispensabile poiché generalmente questi bambini, quando praticano gli esercizi, riescono a emettere un timbro vocale pressoché

normale, mentre nel linguaggio spontaneo mettono continuamente in evidenza la rinolia e l'alterazione del linguaggio articolato; da qui l'importanza del costante intervento materno volto a migliorare sia la voce che l'espressione.

Perché ciò si possa attuare, la madre sarà sempre presente alle sedute in modo da apprendere ella stessa le modalità d'impostazione della voce e dei fonemi.

## **Cecità**

La cecità unita alla sordità interrompe parzialmente o totalmente i due canali più importanti della comunicazione. Un bambino sordo e cieco presenta quindi inevitabilmente uno dei quadri più gravi sia sul piano rieducativo che su quello psicologico. È un soggetto destinato a gravi turbe funzionali e a un arresto evolutivo se non si mettono in atto tempestivamente i provvedimenti del caso: il primo di questi è porre la diagnosi di sordità per poter applicare la protesi idonea.

Il recupero è strettamente collegato alla precocità dell'intervento terapeutico, al grado della sordità e dell'intelligenza del soggetto, alla collaborazione della famiglia e alla capacità del logopedista. È indispensabile dare numerosi e chiari consigli alla madre affinché non si instaurino turbe funzionali: è necessario che ella manipoli frequentemente il bambino, gli faccia sentire il contatto fisico, lo prenda spesso in braccio e gli parli con le labbra contro le guance, avvicini la protesi alla bocca e vocalizzi, lo chiami, canti mentre lo stringe al petto.

Prima di parlare di programma logopedico è importante mettere in funzione nel miglior modo possibile il canale acustico: è importante far comprendere al piccolo che è possibile comunicare con la voce. La musicoterapia è indispensabile.

Se il soggetto è stimolato tutto il giorno, matura nel corso di qualche mese la vocalizzazione e la lallazione come primo atto comunicativo.

Un altro canale da sfruttare al massimo è quello tattile che permette al bambino di riconoscere le forme, gli oggetti e le loro caratteristiche.

Per l'impostazione del linguaggio occorre far sentire al bambino la posizione degli organi fonatori poggiando la sua mano sulle labbra, sulle guance e sulla laringe del logopedista e della mamma mentre emettono fonemi e parole. La sensazione tattile associata a quella acustica, stimola il sordo cieco a produrre suoni imitativi che, col passar del tempo, divengono fonemi e parole.

Per quanto riguarda la preparazione didattica, una volta strutturato il linguaggio, anche se limitatamente, è necessario insegnare la lettura con il metodo Braille e a scrivere a macchina con strumenti e metodiche particolari.

## **Turbe psicologiche associate alla sordità**

Alla sordità si possono associare alterazioni d'ordine psicologico che generalmente insorgono in soggetti fragili, incapaci di rielaborare adeguatamente gli stimoli esterni e per di più disturbati da un ambiente familiare fortemente alterato, che presenta manifestazioni di rifiuto nei confronti del figlio, atteggiamenti iperprotettivi, ecc.

Questi soggetti presentano generalmente uno specifico ritardo nello sviluppo del linguaggio in parte dovuto alla sordità e in parte al disturbo psicologico; hanno uno scarso

interesse ai giochi, che nei casi più gravi li portano a utilizzare i giocattoli stereotipamente; hanno difficoltà di vario grado nel rapporto con i coetanei e gli adulti, presentano stati di angoscia e di aggressività fino a manifestare atteggiamenti autistici veri e propri; incapacità a concentrare l'attenzione; difficile o assente controllo degli sfinteri; alimentazione e sonno alterati.

L'espletamento dell'indagine diagnostica presenta notevolissime difficoltà: per un lungo periodo il bambino deve essere sottoposto a numerose prove audiometriche comportamentali e obiettive, ma soprattutto va osservato in diverse situazioni, a casa e in un Centro qualificato.

Tali bambini hanno una rapida assuefazione al suono: uno stimolo sonoro inviato una volta provoca a volte la risposta, ripetuto due, tre volte, lo lascia indifferente. Bisogna quindi inviare rumori e suoni molto variati e a una certa distanza di tempo l'uno dall'altro, di durata molto breve; è inoltre importante saper cogliere quelle risposte impercettibili che il bambino dà con modalità del tutto particolari: interruzione momentanea e brevissima di una qualche attività, lievissimo movimento oculare, rotazione del capo verso la fonte sonora quando il suono è scomparso.

La protesizzazione e la rieducazione di un soggetto sordo con turbe relazionali escono dai parametri trattati fino a ora per i seguenti motivi:

- spesso si rifiuta di *sentire*;
- non è interessato a comunicare;
- non è in grado d'instaurare un buon rapporto;
- il bambino guarda con difficoltà in viso il logopedista o addirittura non gli rivolge mai lo sguardo;
- non riesce a stare seduto e fermo per lungo tempo;
- non manipola il materiale rieducativo, ma spesso lo butta dovunque.

Da qui la necessità di praticare una scelta terapeutica adeguata, frutto di una discussione fra tutti i membri dell'équipe, scelta che propenderà per la protesizzazione solo quando sarà stata posta una diagnosi sicura di sordità e quando lo psicologo, che sarà sempre consultato, avrà preparato adeguatamente il bambino.

Per quanto riguarda la rieducazione, la decisione sarà presa dopo che lo stesso psicologo avrà osservato a lungo il bambino per poter decidere sulla priorità della psicoterapia sulla rieducazione logopedica o sulla necessità della contemporaneità dei due interventi.

Il logopedista iniziando il suo lavoro, deve instaurare un buon rapporto col bambino e la madre, alla quale deve far comprendere l'importanza di affrontare la situazione anche con l'aiuto di uno psicologo.

È indispensabile all'inizio stimolare il bambino globalmente con sedute unicamente ludiche e in un secondo tempo stabilire un programma sistematico adatto alle esigenze del bambino, al suo «umore», agli interessi che via via manifesta; le richieste del bambino sono sempre difficili da comprendere perché espresse attraverso strane reazioni.

Se il disturbo è grave e il bambino presenta un comportamento autistico, qualsiasi terapia rieducativa è generalmente inutile.

Esistono casi particolari nei quali, nell'impossibilità di praticare la psicoterapia, lo psicologo supervisiona le varie sedute e guida il logopedista fino a ottenere un buon rapporto col bambino (ciò anche in considerazione di una causa probabilmente organica).

Detto rapporto può venire instaurato attraverso modalità particolari quali: stimoli sonori, manipolazione, maternage, dialogo corporeo, gioco con acqua, sabbia, ecc. Solo dopo un

lungo periodo è, in certi casi, possibile iniziare un regolare programma rieducativo. Il logopedista deve, per arrivare a ciò, liberarsi di tutte le implicazioni personali, seguire il bambino osservando attentamente le sue reazioni, lasciargli un suo spazio, guidare discretamente il suo comportamento, facendogli percepire il fermo desiderio di aiutarlo a trovare la strada del rapporto interpersonale.

### Sordità media

I danni uditivi medi, pantonali o zonali, non sono responsabili di gravi compromissioni del linguaggio, ma alterano sempre il versante dell'espressione provocando dislalie e a volte limitando il contenuto del linguaggio stesso.

Il sordo di grado medio con perdita pantonale contenuta fra i 40 e i 70 dB circa, se è tale dalla nascita o dai primi periodi della vita, acquisisce il linguaggio tardi e in modo limitato e alterato; generalmente la diagnosi è tardiva (3-4 anni se non oltre), soprattutto perché le reazioni al suono sono tali da trarre in inganno i genitori e i medici; mentre il sordo profondo non risponde mai ai suoni dell'ambiente che lo circonda, a meno che non siano ad altissima intensità o vibratorii, le reazioni del sordo medio agli stimoli acustici sono discontinue perché particolarmente legate alla qualità e all'intensità dei suoni. In rapporto alla fisionomia della sua curva audiometrica, può rispondere più facilmente ad un timbro grave di voce anche a un'intensità poco più elevata del normale e non dare alcuna risposta alla stessa intensità quando si tratta di una voce a timbro diverso. Per tale motivo il bambino viene etichettato come «distratto» dai genitori e i più scrupolosi si rivolgono al neurologo. Questi generalmente fa eseguire i test mentali, che, nella loro applicazione, hanno le consegne verbalizzate per cui il soggetto non comprende o comprende male ciò che viene richiesto: può nascere così a volte una diagnosi d'insufficienza mentale; tutto ciò compromette gravemente le possibilità di recupero.

Nel sordo medio col passar del tempo s'instaurano facilmente difficoltà d'ordine comportamentale, spesso marcate; egli diviene aggressivo, intrattabile, a volte si chiude in se stesso, non si interessa al mondo circostante, diviene apatico. Quando finalmente si giunge alla diagnosi esatta spesso è troppo tardi: i disturbi comportamentali infatti sono tali che il recupero si presenta difficile e limitato malgrado l'intervento dello psicologo.

Il bambino deve essere gradatamente abituato all'uso della protesi non sempre accettata volentieri. Verranno corretti i fonemi alterati e impostati quelli assenti; inoltre attraverso tutti gli esercizi di stimolazione globale si cercherà di far maturare il più possibile il versante della comprensione del linguaggio e di arricchire il lessico. Si getteranno quindi le basi per l'inserimento scolastico. Quando invece la diagnosi viene posta precocemente il bambino, adeguatamente abituato alla protesi, struttura in maniera normale il suo linguaggio dopo un breve periodo di educazione.

Quando il danno uditivo è zonale e interessa i toni gravi o quelli acuti, il bambino pur non presentando scarsa risposta al suono nella vita di relazione, ha la pronuncia difettosa di alcuni fonemi; le alterazioni dell'articolazione di questi soggetti vengono definite *dislalie audiogene*.

Quando sono compromessi i toni gravi, il bambino presenta una imperfetta pronuncia delle sillabe *ba, ga, va*, e mostra una certa difficoltà nella differenziazione delle sillabe omologhe; se il deficit è sui toni acuti, sono alterate la *sa za cia e scia*.

L'esame audiometrico in questi casi non è sempre di facile esecuzione, soprattutto se il bambino ha un'età inferiore ai 5 anni, come non è possibile molte volte colmare detto deficit con la protesizzazione.

In ogni caso, compito della rieducazione è quello di impostare correttamente i fonemi alterati, insegnando al bambino il punto e il modo d'articolazione di ciascuno. Gli esercizi vanno ripetuti a casa in modo che le correzioni vengano inserite nella conversazione spontanea. Qualora si evidenziasse anche una povertà di linguaggio è bene completare la rieducazione con esercizi di stimolazione globale.

#### MEZZI AUDIOVISIVI

*I mezzi audiovisivi* si prefiggono lo scopo di stimolare il linguaggio spontaneo, la comprensione e la fantasia del bambino sordo.

Si tratta di proiezioni di film a immagini fisse che propongono al bambino azioni e avvenimenti della vita di tutti i giorni: famiglia, amici, giochi, scuola, avvicinarsi delle stagioni e così via; sono situazioni molto adatte a essere comprese perché si riferiscono alla realtà e perché ripresentano sotto forma diversa, parti del programma rieducativo già svolto.

Essi devono rispettare determinate caratteristiche: la visione deve essere chiara e precisa (non deve dare adito a interpretazioni confuse con più significati); deve essere sintetica, presentare cioè, attraverso tratti essenziali, una sola situazione; essere gradevole al fanciullo e divertente e infine vincolata all'ambiente sociale del bambino.

Questa rieducazione viene praticata a gruppi di 4-5 bambini dai 3 ai 9 anni che parlano o che hanno iniziato a parlare e ogni seduta dura circa un'ora.

Le fasi della seduta hanno questa successione: vicenda, comprensione, memorizzazione, conversazione, drammatizzazione, grammatica e correzione fonetica.

Si proietta una prima volta il film e si spiega semplicemente la scena; i bambini osservano, verbalizzano ciò che vedono e rispondono alle domande poste dal rieducatore.

La drammatizzazione è la parte che interessa di più: ciascuno sceglie un suo ruolo e l'azione viene riprodotta e dialogata dai bambini stessi con l'ausilio di materiale corrispondente. Sta all'inventiva e alla capacità del rieducatore coinvolgere i bambini, saper adattare le richieste e le consegne alle capacità di ognuno e sfruttare al massimo gli oggetti a disposizione.

Questo sussidio integra ottimamente l'usuale terapia individuale, stimola il discorso indiretto e diretto, puntualizza la fonetica, i particolari sintattici e grammaticali, favorisce la memorizzazione, affina la capacità attentiva, visiva e acustica.

Nel gruppo il bambino sordo viene stimolato alla conversazione con i coetanei, impara ad adattarsi alle esigenze degli altri e a rispettarle.

Da questo tipo di terapia traggono notevoli vantaggi non solo i sordi, ma anche i soggetti sordi con turbe associate, particolarmente psicologiche. Questi ultimi partecipano di solito attivamente alle sedute, vengono rassicurati e valorizzati.

#### Bibliografia

- AA.VV. (1988), *Informatica, didattica e disabilità*, Atti del 1° Convegno Nazionale, Firenze.  
 AA.VV. (1988), *Quaderni di audiologia*, vol. 4, Bari, Laterza.  
 Bassi Nazzaro A. (1992), *Il suono musicale nella educazione del bambino audioleso*, Moncalieri, CIRMAC.

- Benton A. (1968), *I problemi di neuropsicologia*, Firenze, Giunti.
- Borel-Maissonny S. (1958), *Les troubles du langage chez l'enfant*, Paris, Masson.
- Borel-Maissonny S. (1974), *Perception et éducation*, Parigi, Masson.
- Brackett Diane (1985), *Strategie di comunicazione di gruppo per i bambini sordi*, «The Volta Review», trad. it. «C.R.S. Amplifon», vol. 1, n. 1, pp. 143-159.
- Colin D. (1979), *Psychologie de l'enfant sourd*, Paris, Masson.
- Del Bo M. e De Filippis A. (1972), *La sordità infantile grave*, Roma, Armando.
- De Filippis A. (1969), *La rieducazione del linguaggio nei bambini gravemente ipoacusici*, «Arch. Mal. Rin. Laring.», vol. 30, pp. 371-376.
- De Filippis A. (1971), *L'importanza della rieducazione del bambino sordo grave precocemente protesizzato*, Atti del Convegno «Terapia termale in campo otorinolaringoiatrico», Montecatini Terme, novembre.
- De Filippis A. (1977), *Metodiche rieducative*, Atti del Convegno «Collaborazione interdisciplinare in patologia pediatrica», Milano, Dieterba.
- De Filippis A. e Ripamonti I. (1983), *Stimolazione acustica*, «Boll. It. Audiol. Foniat.».
- Del Bo M., Giaccari F. e Grisanti G. (1984<sup>2</sup>), *Manuale di audiologia*, Milano, Masson Italia.
- Despons J.L., Portmann M., Lafon J.C. e Morgon A. (1965), *Les troubles de l'audition chez l'enfant*, Paris, Arnette.
- Haas William H. e Crawley Donna J. (1985), *La comunicazione di informazioni professionali ai genitori dei bambini sordi in età prescolare*, «The Volta Review», trad. it. «C.R.S. Amplifon», vol. 1, n. 2, pp. 7-14.
- Hammermeister F.K. e Neita K.I., *Istruzioni per l'insegnamento della lettura ai bambini sordi*, «The Volta Review», trad. it. «C.R.S. Amplifon», vol. 1, n. 2, pp. 93-106.
- Jaffe B.F. (1978), *Hearing loss in children*, Baltimore, University Park Press.
- Mindel E.D. e Mc Cay V. (1973), *Il bambino sordo e la sua famiglia*, Roma, E.B.S.
- Mira E. (1978), *L'orecchio, il naso e la gola*, Milano, Fabbri Editori.
- Morgon A., Aimard P. e Daudet U. (1984), *L'educazione precoce del bambino sordo*, Milano, Masson Italia.
- Parisi D. (1977), *Sviluppo del linguaggio e ambiente sociale*, Firenze, La Nuova Italia.
- Roeser R.Y. e Downs M.P. (1981), *Auditory disorders in school children*, New York, Thieme-Stratton.
- Ross M. e Giolas T.G. (1981), *Auditory management of hearing-impaired children*, Baltimore, University Park Press.
- Saccomani R. (1980), *I grandi temi della medicina*, Milano, Fratelli Fabbri Editori.
- Shatz M. e Gelman R. (1978), *The development of communication skills: Modification in the speech of young children as a function of listener*, «Monographs of the Society for Research in Child Development», vol. 38, n. 5, serie n. 152/1973, trad. it. in L. Camaioni (a cura di), *Sviluppo del linguaggio interazione sociale*, Bologna, Il Mulino, pp. 227-264.
- Tonali P. (1978), *Il sistema nervoso*, Parte II, Milano, Fratelli Fabbri Editori.
- Trouchere J., *L'enfant qui va parler*, Paris, Masson.
- Vigliani E., Amigoni E., De Filippis A. e Ripamonti I. (1983), *Protesizzazione del bambino*, «Boll. It. Aud. Fon.», vol. 6, pp. 326-370.
- Wedenberg E. (1954), *Auditory training of severely hard of hearing pre-school children*, «Acta ORL», suppl. 110, Stockh.
- Zaghis A. (1978), *La sordità infantile da meningoencefalite*, «Boll. Ital. Aud. Fon.», vol. 28.
- Zeneri L. e De Filippis A. (1969), *La rieducazione acustico-fonetica nei bambini gravemente ipoacusici*, «Am. Laring. Otol. Rin. Faring.», vol. 4, pp. 402-408.